



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRABAJO DE GRADO, REQUISITO PREVIO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA**

**“MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL,
INVESTIGACIÓN SECUNDARIA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA), PERÍODO
2015”**

**Autores: CUASCOTA MALDONADO TANNYA CATERINE
ESPARZA DÍAZ MARIANA ELIZABETH**

Directora de Tesis: Lcda. Esp. Paulina Muñoz

**IBARRA – ECUADOR
2015**



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docente y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejamos sentada nuestra voluntad de participar en este proyecto, para lo cual ponemos a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO		
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100382331-5	
APELLIDOS Y NOMBRES:	CUASCOTA MALDONADO TANNYA CATERINE	
DIRECCIÓN:	TABACUNDO, TUPIGACHI BARRIO CENTRAL CALLE VÍCTOR MANUEL MANTILLA Y CABO FRANCISCI FALCON.	
EMAIL:	tannyacuascota1991@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	022119248	0985703208

DATOS DE CONTACTO		
CÉDULA DE IDENTIDAD:	172588431-4	
APELLIDOS Y NOMBRES:	ESPARZA DÍAZ MARIANA ELIZABETH	
DIRECCIÓN:	OTAVALO-URB.MARÍA JOSÉ	
EMAIL:	Princesita_ecua_2008@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	062921809	0981042823

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, INVESTIGACIÓN SECUNDARIA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA), PERÍODO 2015
AUTORAS:	Cuascota Tannya; Esparza Mariana.
FECHA:	2015/04/02
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciadas en Enfermería.
DIRECTOR DE TESIS:	Lic. Esp. Paulina Muñoz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, CUASCOTA MALDONADO TANNYA CATERINE, con cédula de ciudadanía N° 100382331-5 y yo ESPARZA DIAZ MARIANA ELIZABETH con cédula de ciudadanía N° 172588431-4 en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en forma digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144

3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra a los 31 días del mes de Marzo del 2015.

LOS AUTORAS:

(Firma).....

Nombre: Cuascota Tannya,

C.C.100382331-5

(Firma).....

Nombre: Esparza Mariana

C.C.172588431-4

ACEPTACIÓN:

.....
Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA.

Facultado por resolución de Consejo Universitario

RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA

Cuascota Maldonado Tannya Caterine y Esparza Díaz Mariana Elizabeth, portadoras de la cédula de ciudadanía N° 100382331-5 y 172588431-4 respectivamente, se declara en forma libre y voluntaria que la presente información y elaboración del trabajo investigativo: **"MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, INVESTIGACIÓN SECUNDARIA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA), PERÍODO 2015"**, así como las expresiones vertidas, contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de nuestra persona como autoras de este presente trabajo investigativo. Que no ha sido previamente presentado para ningún grado, ni calificación profesional y se ha respetado las diferentes fuentes y referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

Firman:



Cuascota Maldonado Tannya Caterine
C.C. 100382331-5



Esparza Díaz Mariana Elizabeth
C.C. 172588431-4

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, CUASCOTA MALDONADO TANNYA CATERINE, con cedula de identidad Nro. 100382331-5 y Yo, ESPARZA DÍAZ MARIANA ELIZABETH, con cedula de identidad Nro. 172588431-4 manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados a la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6 en calidad de autor (as) de la obra o trabajo de grado denominado **“MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, INVESTIGACIÓN SECUNDARIA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA), PERÍODO 2015”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: **Licenciadas en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derecho cedidos anteriormente.

En nuestra condición de autor (as) nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.



CUASCOTA TANNYA
C.I. 100382331-5



ESPARZA MARIANA
C.I.172588431-4

APROBACION DE LA TUTORA

En calidad de directora de tesis, "MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, INVESTIGACIÓN SECUNDARIA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA), PERÍODO 2015", de autoría de las Srtas. CUASCOTA MALDONADO TANNYA CATERINE y ESPARZA DIAZ MARIANA ELIZABETH. Certifico que ha sido revisada y se autoriza su publicación.



.....
Leda. Esp. Paulina Muñoz
DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

Tannya

La culminación de esta tesis es el final de una etapa muy valiosa en mi vida y también el inicio de otra, es por eso que dedico a Dios, Virgen del Quinche, y a la Morenita de Guadalupe quienes me dieron fuerzas e inspiraron mi espíritu y estuvieron a mi lado en cada momento siendo testigo fiel de todo mi esfuerzo, dedicación y lucha que día a día he entregado en la elaboración de ésta, también a mi esposo por su constante dedicación, con su incansable esfuerzo y sacrificio hecho siempre con amor, comprensión y responsabilidad, a mis padres quienes me dieron la vida, educación, apoyo y consejos de igual forma a mis maestros, directora de tesis por su interés, paciencia y ayuda desinteresada y sobre todo por los conocimientos transmitidos.

Mariana

Este trabajo lo dedico con mucho cariño, amor a Dios, a mis Padres que gracias a su apoyo incondicional e llegado a finalizar una etapa muy importante en mi vida y a mis hijos Bianca Antonella y Nicholai Frazzio quienes con sus bendiciones, cariño y esfuerzo me impulsaron para alcanzar el éxito en este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Tannya

Mi más sincero e incondicional agradecimiento a mi esposo y a mi hija, quienes me supieron apoyar constantemente y entenderme en el largo camino estudiantil recorrido, de manera especial a mis padres, hermanos quienes han sido la principal fortaleza mostrándome que lo que me propongo lo puedo lograr y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación de tesis.

Mariana

Con el más profundo reconocimiento de gratitud a la Universidad Técnica del Norte por la oportunidad de aprendizaje y superación profesional brindada.

A la Lic. Paulina Muñoz por haber brindado su asesoría para que este trabajo de investigación tenga el éxito esperado.

ÍNDICE

.....	1
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	2
1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA	2
2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	3
3. CONSTANCIAS	¡Error! Marcador no definido.
RESPONSABILIDAD DE AUTORÍA	3
APROBACION DE LA TUTORA	6
DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTO	8
ÍNDICE	9
ÍNDICE DE TABLAS	13
RESUMEN.....	15
ABSTRACT.....	16
INTRODUCCIÓN	17
CAPITULO I.....	19
1.1. Planteamiento del problema	19
1.2. Formulación del Problema.....	21
1.3. Justificación	22
1.4. Objetivos.....	23
1.4.1. General.....	23
1.4.2. Específicos	23
1.5. Preguntas directrices	24
CAPITULO II	25
2. MARCO TEÓRICO.....	25
2.1. Marco referencial.....	25
2.1.1. Antecedentes de la investigación.....	25

2.1.2.	Marco general de la gestión de la calidad asistencial	26
2.1.3.	Fundamentación de la calidad de los servicios de salud.....	30
2.1.4.	Modelos de gestión de la calidad asistencial	57
2.1.5.	Programas de acreditación internacionales de la calidad de los servicios de salud	69
2.2.	Marco conceptual	74
2.2.1	Glosario de términos.....	74
2.3	Marco legal	77
2.3.1	Derechos del buen vivir	77
2.3.2	Capítulo tercero	77
2.3.3	Sección primera	78
2.3.4	Sección segunda.....	81
2.3.5	Sección cuarta	81
2.3.6	Sección quinta.....	82
2.3.7	Sección sexta	85
2.3.8	Sección séptima	86
2.3.9	Sección octava	87
2.3.10	Sección novena	88
2.3.10.1	Personas usuarias y consumidoras	88
2.4	Marco ético	89
CAPITULO III		90
3.	METODOLOGÍA	90
3.1.	Tipo de investigación	90
3.2	Diseño de la Investigación:	90
3.3	Procedimiento	90
3.4	Métodos e instrumentos.....	91
3.4.1	Métodos	91
3.4.2	Instrumentos	91
CAPITULO IV		92
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	92

4.1 Resumen del análisis del trabajo	92
4.2 Primera fase: Resultado de la revisión bibliográfica	92
4.2.1 “MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL”	92
4.2.2 “FUNDAMENTACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD”	94
4.2.3 “CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD”	96
4.2.4 “CONCEPTOS GENERALES; EFICACIA”	97
4.2.5 “EFICIENCIA”	98
4.2.6 “COSTO-BENEFICIOS”	99
4.2.7 “INDICADORES DE CALIDAD”	100
4.2.8 “CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA Y CALIDAD PERCIBIDA”. ..	101
4.2.9 “ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN” ..	102
4.2.10 “MODELO EUROPEO”	103
4.2.11 “MODELO CANADIENSE”	104
4.2.12 “MODELOS USA”	105
4.2.13 “PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN INTERNACIONALES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD”	106
4.3 Segunda fase: Utilización del instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud	107
4.3.1 Revisión bibliográfica	107
4.3.1.1 La revisión identifica lo que se sabe actualmente – en función de lo público sobre el problema de investigación.....	107
4.3.2 Pautas para evaluar la bibliografía.....	116
4.4 Discusión de resultados.....	121
4.5 Conclusiones	123
4.6 Recomendaciones.....	124
CAPITULO V	125
5. PROPUESTA.....	125

5.1 Plan de intervención: entrega de la investigación a la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, REDCASE.	125
5.1.1 Introducción.....	125
5.1.2 Plan de intervención	125
5.1.3 Datos generales.....	126
5.1.4 Antecedentes.....	126
5.1.5 Justificación	126
5.1.6 Objetivos.....	127
5.2 Matriz del plan de intervención	129
Bibliografía	131
ANEXOS	138
Instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud de Bobenrieth Astete	138
Anexo 1: Revisión bibliográfica	138
Anexo 2: Pautas para evaluar la bibliografía	139

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	92
Tabla 2.....	94
Tabla 3.....	96
Tabla 4.....	97
Tabla 5.....	98
Tabla 6.....	99
Tabla 7.....	100
Tabla 8.....	101
Tabla 9.....	102
Tabla 10.....	103
Tabla 11.....	104
Tabla 12.....	105
Tabla 13.....	106
Tabla 14.....	107
Tabla 15.....	108
Tabla 16.....	109
Tabla 17.....	110
Tabla 18.....	111
Tabla 19.....	112
Tabla 20.....	113
Tabla 21.....	114
Tabla 22.....	115
Tabla 23.....	116
Tabla 24.....	117
Tabla 25.....	118
Tabla 26.....	119
Tabla 27.....	120
Tabla 28.....	129

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Revisión bibliográfica	138
Anexo 2: Pautas para evaluar la bibliografía	139

MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, INVESTIGACIÓN SECUNDARIA (REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA), PERÍODO 2014-2015

Autores: CUASCOTA TANNYA, ESPARZA MARIANA

Directora de Tesis: Lcda. Esp. Paulina Muñoz

RESUMEN

La presente investigación consideró como objetivo la identificación del contenido científico adecuado para construir el marco referencial enfocado a mejorar la gestión de la calidad asistencial, metodológicamente se enmarca en un tipo de estudio de fuentes secundarias, revisión integrativa de literatura científica. Por el grado de abstracción es aplicada, y por la naturaleza de los datos es cualitativa, su diseño es descriptivo no experimental, y por su temporalización es transversal. Para la elaboración de dicho estudio se aplicó el método teórico el cual consiste en revisión bibliográfica, análisis de contenido, histórico lógico, análisis y síntesis, inducción deducción. Esta investigación es realizada en las bases de datos electrónicas como son las siguientes: EBSCO, LILACS, MEDLINE, IBECs, PUBMED, COCRANE, entre otras, disponibles vía online, utilizando los descriptores: calidad de la asistencia, evaluación, indicadores, gestión. Considerando artículos periódicos disponibles vía online, en portugués, español o inglés entre los años 2009-2015. La metodología empleada en la investigación, estuvo orientada a direccionar, la manera adecuada de realizar una investigación, para que su contenido sea considerado confiable y adecuado para futuras investigaciones.

Palabras clave:

Calidad de la atención sanitaria, gestión de calidad, eficiencia, eficacia, indicadores, modelos de gestión.

GENERAL FRAMEWORK FOR MANAGEMENT, SECONDARY RESEARCH (LITERATURE REVIEW, 2014-2015)

Authors: CUASCOTA TANNYA, ESPARZA MARIANA

Director of Thesis: Lcda. Esp. Paulina Muñoz

ABSTRACT

This research considered as objective the identification of the best scientific content to build framework focused to improve the management of healthcare quality, methodologically, it is part of a study of secondary sources, integrative review of scientific literature. By the degree of abstraction, it is applied, and by the nature of the data, it is qualitative, its design is descriptive not experimental, and by its timing is transverse. By the elaboration of this study, the theoretical method was applied, which consists of literature review, content analysis, historical logic, analysis and synthesis, induction-deduction. This research is carried out in electronic databases such as the following: EBSCO, LILACS, IBECs, PUBMED, MEDLINE, COCRANE, among others using descriptors, such as: quality of care, evaluation, indicators, management, using newspapers or articles online in Portuguese, Spanish or English between 2009-2015. The methodology used in the research was orientated to guide; properly to do an investigation, so the content is considered reliable and suitable for further research.

Key words:

Quality of health care, management of quality, efficiency, effectiveness, indicators, management models.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tiene como finalidad realizar una revisión bibliográfica, que contenga toda la información necesaria para comprender y conocer como la calidad asistencial ha influido desde su aparición, en la mejora constante de los servicios de salud, en la búsqueda de una mayor satisfacción del paciente.

Esta propuesta tiene como finalidad contribuir a la comunidad universitaria, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, con un material de consulta, para la elaboración de futuros trabajos investigativos, orientados a mejorar la calidad asistencial de los servicios de salud.

CAPÍTULO I: En este apartado se describió el problema de investigación para delimitarlo en el tiempo y el espacio, facilitando la construcción del objetivo general y objetivos específicos, como elementos guía para el desarrollo de la investigación. Además se presentó un análisis de las causas, necesidades y justificación para la realización de la investigación.

CAPÍTULO II: En este capítulo se desarrollaron las Bases Teóricas Científicas, corresponde al marco teórico, en el que se exponen varios artículos y documentos científicos, relacionados con el tema. Para darle mayor confiabilidad a la investigación, la información fue recabada de páginas científicas como LILACS, SCIELO, EBSCO, IBECS, COCHREINE, MEDLINE, entre otras disponibles vía online y en la biblioteca virtual de la Universidad Técnica del Norte.

CAPÍTULO III: Corresponde al estudio de la metodología empleada en el desarrollo de cada una de las etapas de la investigación. Aquí se describió el tipo y modalidad de la investigación, los métodos y técnicas empleados en la recolección de la información.

CAPÍTULO IV: Se presentan los cuadros de análisis de la información, que contienen cada uno de los autores y sus trabajos o documentos, citados en la investigación, así como las fuentes y bases de datos consultadas por tema desarrollado.

CAPITULO V: En este capítulo se describieron las conclusiones, recomendaciones de los resultados obtenidos en la consecución de los objetivos planteados, y la propuesta que plantea ser entregada a la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, al proyecto REDCASE.

CAPITULO I

1.1. Planteamiento del problema

Al mencionar a la calidad asistencial, es necesario organizar los elementos y recursos que convergen en la aplicación de la definición sobre un sistema sanitario, con el fin de lograr mejores resultados en la atención prioritaria de problemas de salud y la calidad de vida de pacientes y usuarios. En síntesis la gestión de la calidad asistencial, busca comprometer a todas las personas involucradas en el proceso de atención sanitaria, para brindar un servicio de calidad, siempre dispuesto a mejorarlo.(1)

El movimiento en pro de la mejora de la calidad asistencial a nivel mundial tuvo sus orígenes, en la lucha que Semmelweiss que emprendió contra la infección puerperal, plaga que fustigó a la humanidad en el siglo XIX. Para que su acción tuviera éxito, propuso la primera reforma sanitaria para la profesión enfermera con el apoyo de Florence Nightingale(1).

Sin embargo fue hasta el siglo XX, que el movimiento de mejora de la calidad asistencial tomo fuerza y concentró los esfuerzos de todo el personal sanitario para elaborar documentos científico – técnicos enfocados en estandarizar y mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación, que garanticen la calidad de la atención hospitalaria a pacientes y usuarios en general, como principal propósito, paulatinamente incursiona en el reconocimiento de los derechos de pacientes y personal sanitario, definiendo cuál es su rol, responsabilidades y derechos.(1)

Dentro de las publicaciones importantes acerca de la necesidad de mejorar la calidad asistencial, en relación con la atención sanitaria, se encuentra el informe emitido por los Estados Unidos “Toeris human”, que expone a la sociedad asistencial y encargados de la administración de los servicios de salud a nivel mundial, los efectos adversos que una mala gestión de la calidad asistencial genera, en la red de salud, en cualquier latitud.(1)

Diversos intereses por mejorar la calidad asistencial desde miradas asociadas con el costo beneficio sobre satisfacción del usuario, seguridad del paciente, prevención de errores humanizados del cuidado entre otros, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud, quien como respuesta a esta problemática, difunde la iniciativa denominada “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, que tiene por objetivo primordial, despertar el interés de todos los organismos encargados de la atención a la salud, por diseñar y construir documentos que se adapten a las necesidades particulares de cada país y permitan mejorar la calidad de la atención a pacientes y usuarios. (1)

En el Ecuador este movimiento, ha tomado fuerza en la última década, y el Ministerio de Salud se ha encargado de emitir varias políticas encaminadas a mejorar este aspecto, en el sector público. Sin embargo pese a los múltiples esfuerzos, el cambio no es satisfactorio a un 100%, por las limitaciones que debe afrontar la dirección al tratarse de segmentos muy amplios de administración. Es por esto que se decide dividir, en zonas al país, con la finalidad de delegar funciones y responsabilidades, que permitan obtener mejores resultados, en cuanto a la emisión de documentos que establezcan procesos claros para mejorar la calidad asistencial en cada servicio.(2)

Imbabura corresponde a la Zona 1, donde se encuentran las provincias de, Carchi, Esmeraldas y Sucumbíos, con una población total de 1’366.753 habitantes. Esta área limítrofe con Colombia cuenta con 304 unidades operativas, las que en 2013 atendieron 2’528.310 de consultas. (3)

Esta distribución ha beneficiado varios de los procesos, como son la agenda de citas con especialistas, cirugías, atención de emergencias, entre otras. Lo que no ha sucedido con la atención, este sigue siendo un tema escabroso para la administración asistencial. Frente a esta realidad es evidente la falta de preocupación por parte de los involucrados, para diseñar nuevas estrategias y marcos referenciales con contenido científico – técnico, que regulen y direccionen esta actividad, con el objetivo de brindar una mejor calidad asistencial a los pacientes y usuarios en general(3)

1.2. Formulación del Problema

¿Qué dice la literatura científica sobre la gestión de la calidad asistencial considerando la evidencia científica?

1.3. Justificación

El mejoramiento de la gestión de la calidad asistencial, es un tema que preocupa a los organismos encargados de proveer servicios de salud a la humanidad, a nivel mundial. Como menciona anteriormente la Organización Mundial de la Salud, mantiene una campaña enfocada a este propósito, denominada “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. (1)

El presente trabajo investigativo, propone indagar en varias fuentes bibliográficas sobre la calidad asistencial, con el propósito de construir un marco referencial, que contenga contenido teórico – científico, que dirija las actividades, de cada uno de los servicios y procesos que mantienen contacto directo con el paciente y los usuarios en general.

Para la construcción del marco referencial como producto de la investigación, es necesario considerar las particularidades y características del lugar donde este se va a implementar, para que su contenido se adapte a la realidad del lugar y contribuya a alcanzar el objetivo propuesto por las instituciones donde se va a aplicar.

En la zona 1, no existe ningún material direccionado a la mejora de este aspecto dentro del sistema de salud pública, por lo que su realización está validada y resulta de gran interés y beneficio para el personal sanitario, que se encuentra en contacto directo con los pacientes y usuarios. (3)

La investigación tiene como objetivo primordial impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinar los esfuerzos de todos los actores del sistema de salud, también promoviendo el desarrollo de estrategias y aumentando los estándares de calidad en salud, hacia el usuario, y población, como respuesta a la demanda de atención en los servicios de salud del estado, de esta manera lograr los objetivos del Buen Vivir.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

- Identificar el contenido científico adecuado para construir el marco referencial y lograr una mejora en la gestión de la calidad asistencial

1.4.2. Específicos

- Definir el contexto internacional de la gestión de la calidad a partir de la eficacia, eficiencia, costos-beneficios e indicadores científico-técnicos y aspectos bioéticos de la calidad de la atención.
- Describir los modelos de gestión de la calidad asistencial.
- Identificar los programas de acreditación internacionales de la calidad de los servicios de salud

1.5. Preguntas directrices

- ¿Cómo se podría definir el contexto internacional de la gestión de la calidad a partir de la eficacia, eficiencia, costos-beneficios e indicadores científico-técnicos y aspectos bioéticos de la calidad de la atención?
- ¿Qué modelos de gestión de la calidad asistencial están presentes en las tendencias actuales a nivel nacional e internacional?
- ¿Cuáles serán los programas de acreditación internacional relacionados con la calidad de los servicios de salud?

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco referencial

2.1.1. Antecedentes de la investigación

El autor Rodríguez Pérez (4), afirma que el origen de la calidad asistencial, tuvo lugar en la segunda guerra mundial, como una respuesta a las tres grandes revoluciones suscitadas en Estados Unidos, por una mejor reforma sanitaria, que garantice una atención de calidad para todos los pacientes y usuarios, del sistema de salud pública.

Suñol, Rosa, respecto al origen del término calidad asistencial, afirma que se remonta a 1980, cuando AvedisDonabedian, introduce la primera definición: “Calidad asistencial es aquella que proporciona al usuario el máximo y más completo bienestar de valor, este balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (5).

En 1980 tuvo lugar la segunda transformación del concepto de calidad asistencial, en manos de la International Organization for Standarization (ISO), quien la describió de la siguiente manera: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio, cumplen con los objetivos para los que fue creado” (5).

Este concepto es considerado más claro y amplio, por cuanto integra la medición cuantitativa del grado de satisfacción que se produce en el usuario y el nivel de cumplimiento de los objetivos, en una determinada tarea. Sin embargo este concepto de calidad resultó un tanto general para Donabedian, quien afirmó que la calidad es distinta y funciona según su aplicación, acotando que no es lo mismo, hablar de calidad en administración que en salud.

Más adelante en 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS), introduce un concepto moderno e integral, del término calidad asistencial, definiéndolo como: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población, de una forma total y precisa que destina los recursos, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (5).

Dentro de este contexto evolutivo del término calidad asistencial, es indispensable mencionar el aporte realizado por la Joint Commisionon Accrediation of Healt Care Organizations (JCAHO), quien en 1998, manifestó que el campo de acción de la calidad asistencial, es mucho más amplio, al incluir procesos de mejoramiento continuo, con el apoyo de técnicas y herramientas diseñadas para reestructurar procesos, consiguiendo una reducción significativa de costos, ante un nivel más amplio de satisfacción para el cliente. (6)

En definitiva el concepto de calidad asistencial por su naturaleza, se encuentra en constante evolución, considerando que el mundo como tal atraviesa una transformación constante producto de la inclusión permanente de nuevos y mejores adelantos científicos.

2.1.2. Marco general de la gestión de la calidad asistencial

En esta categoría se incluyen 09 artículos que se trata de la gestión de la calidad asistencial, conforme tabla 1

Se puede decir que la calidad asistencial es una agrupación de características de un bien o servicio, que busca la satisfacción de las necesidades, del paciente, familia y comunidad, suministrando una atención asistencial adecuada y de la forma más eficiente posible, en donde se logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud.(7)

En el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones:

a) Calidad técnica

Busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios, de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos. Para comprender mejor como se va estructurando la calidad de atención de los servicios de salud a continuación se detalla tres aspectos del modelo de Donabedian los cuales son:(7)

- Estructura
- Proceso
- Resultados

Se ponía principalmente mucho énfasis en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento, pero en la actualidad los procesos suscitan mayor interés, sobre todo aquellos que se orientan a garantizar la seguridad de las intervenciones asistenciales y a fomentar la evaluación de las tecnologías.(7)

El empleo de intervenciones asistenciales basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios, y en cuanto a los resultados, se considera importante no solo prolongar la vida, sino también mejorar su calidad, aminorando el dolor y las minusvalías o disfunciones, procurando que el paciente, pronto se encuentre en condiciones de regresar al trabajo o de desempeñar actividades sociales y personales útiles, y velando por su bienestar y satisfacción después del tratamiento.(7)

b) Calidad percibida por los propios usuarios

El interés se ha venido ampliando desde la percepción del trato recibido en el momento de la asistencia, hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc. De hecho, la calidad percibida (en su doble dimensión humana y administrativa) figura cada vez más como un factor que afecta y modula notablemente a la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados. (7)

El sistema de salud requiere que todos los responsables en brindar atención a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad y que esta se vuelva un elemento esencial de los servicios de salud en los diversos ámbitos. La enfermería a nivel internacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente.(8)

La calidad tiene un valor tan importante como la salud; es por ello que el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud pro-activa. La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.(8)

A nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, así que como que se pueda evidenciar la calidad de atención que se brindan y facilitar así, la creación de indicadores de evaluación.(8)

La calidad en Enfermería, es un proceso que determina el cuidado de la salud, que brinda de una manera racional, oportuna, equitativa, económica, que minimice los riesgos al

usuario, al equipo de salud, a la institución y comunidad, que maximice el beneficio generado por la actividad integrada del equipo de enfermería y del equipo de salud.(8)

Ibarra Mendoza, Ximena dice para iniciar los procesos de cuidados en enfermería, el profesional de esta rama debe tener conocimientos, actitudes, destrezas y utilizar las herramientas propias para organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad llevando a cabo el principio de no maleficencia y de esta manera generando cambios en los valores y actitudes en el equipo multidisciplinario y teniendo en cuenta la satisfacción de atención del usuario.(9)

Carvalho, Regina R. P; Fortes, Paulo A.(10) Y (11)mencionan que la asistencia a la salud es uno de los principales debates, uno de los temas más complejos en el ámbito de las políticas sociales, en diferentes países en el que inciden factores como el aumento de los costos, derivados entre otros factores de la incorporación de biotecnologías y del envejecimiento poblacional, con crecimiento de la demanda en el área de servicios. Tal escenario se agravó ante la crisis económica, especialmente de los países de la comunidad europea, y aumentó el desafío de la cobertura universal de la salud, hecho que está siendo discutido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Moreira; Selles, Urís; entre otros(12) y (13) afirman que: La Gestión de la Calidad se ha convertido en el paradigma más importante en el contexto global de las organizaciones contemporáneas, al mismo tiempo que, el nuevo paradigma de la gestión del conocimiento gana valor en la era de la revolución tecnológica y cultural como consecuencia de que el conocimiento se ha convertido en el principal factor de globalización e interdependiente.

En el contexto actual, donde se destaca la gran competitividad y globalización de los mercados, los modelos de calidad han evolucionado hacia la consecución de la excelencia en la gestión. Las acciones en apoyo de las estrategias de atención y calidad de la salud a sus ciudadanos, son una preocupación para los Ministerios de Salud de España y Portugal,

ya que estos, comparten entre otros elementos, el territorio de la Península Ibérica, la misma unidad biológica, ámbitos culturales y fundamentos intercomunitarios.(12)(13)

Los autores en el año 2014 mencionan que: (14)(15)Es indudable que cualquier organización va a querer mejorar de forma continua su forma de actuar para conseguir una mayor penetración en el mercado, reducir sus costes, gestionar los riesgos con mayor eficacia y mejorar la satisfacción de sus clientes.

Un sistema de gestión de la calidad proporciona el marco adecuado para supervisar y mejorar el rendimiento en cualquier área que se aplique. ISO 9001 es, en este sentido, un marco apropiado para gestionar eficazmente la empresa y satisfacer las necesidades de los clientes y, con diferencia, la referencia de calidad más sólida del mundo.

En la actualidad más de 750.000 organizaciones de 161 países la emplean, y establece las pautas no sólo para los sistemas de gestión de la calidad, sino para los sistemas de gestión en general. Ayuda a todo tipo de organizaciones a alcanzar el éxito por medio de una mayor satisfacción del cliente, motivación de los empleados y mejora continua.(14)(15)

2.1.3. Fundamentación de la calidad de los servicios de salud

En esta categoría se incluyen 06 artículos que se trata de la fundamentación de la calidad de los servicios de salud, conforme a la tabla 2

Dra. Yoerquis Mejías Sánchez, Dra. Niviola Cabrera Cruz entre otros(16) dicen que: en el sector de la salud, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre los individuos y población. La calidad de los servicios de salud se fundamenta en la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad, el desarrollo y calidad de los servicios de salud es esencial para asegurar la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud y el bienestar de la población y su satisfacción.

Para asegurar este papel, los servicios deben organizarse de forma adecuada y garantizar el empleo óptimo de los recursos humanos y materiales existentes estableciendo o aplicando las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnósticos terapéuticos necesarios, además de realizar los procesos relacionados con la verificación de los instrumentos de medición y de la tecnología biomédica basados en el cumplimiento de las legislaciones vigentes, por lo cual se hace necesario el conocimiento de las mismas.(16)

Los mismos autores añaden, que la fundamentación de la calidad de los servicios de salud se basa en brindar una respuesta efectiva y positiva frente a los problemas de salud, asegurando la promoción, prevención, curación y rehabilitación, obviamente tras una organización adecuada de los profesionales, y de los materiales existentes estableciendo o aplicando las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnósticos terapéuticos necesarios, para lograr una satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad.(16)

Delgado Gallego, María Eugenia(17) menciona que: la participación social dentro de la reforma al sector salud, iniciado con varios países con desarrollo hace algunos años, con un componente importante como estrategia para mejorar la calidad de los servicios de salud. En Colombia y otros países latinoamericanos dicha reforma y su filosofía neoliberal se articularon dentro de los cambios que, a nivel administrativo y económico, se vienen implantando en los últimos gobiernos, a partir de la Constitución de 1991 como marco político, se crea la Ley 100, la cual produjo un cambio en todo el sistema de salud del país, y dio lugar, entre otros, al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS).

Este nuevo sistema contempla la participación como un elemento fundamental del servicio público con lo que respecta al control de las instituciones de este sector. Se considera la participación como la acción de los usuarios en varios niveles de aplicación, desde la información, la consulta, hasta la toma de decisiones con la planeación, control de costos y control de calidad de los servicios de salud(17).

El mismo autor menciona que en la fundamentación de la gestión de la calidad es importante la participación social como elemento fundamental, considera a la participación, como la acción de los usuarios en varios niveles de aplicación, desde la información, la consulta, hasta la toma de decisiones con la planeación, control de costos y control de calidad de los servicios de salud, en lo que se refiere al servicio público con lo que respecta al control de las instituciones de este sector sanitario.(17)

Elías Dib, Jorge en el año 2009(18) dice: En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se propone que los servicios de salud proporcionen atención de forma eficiente, con calidad y calidez y otorguen seguridad al paciente. El auge que ha adquirido la investigación sobre el bienestar en la calidad de vida en términos de la salud, permite proponer alternativas innovadoras. Las guías de práctica clínica, son un conjunto de recomendaciones fundamentadas en medicina científica basada en la evidencia, y desarrolladas de forma sistemática con el propósito de ayudar a los profesionales de salud en el proceso de la toma de decisiones apropiadas para cada una de las condiciones específicas de salud que motivaron la solicitud de atención.

El mismo autor añade que la principal fundamentación dentro de este contexto, es la de socializar un concepto de calidad, que promueva la excelencia en la calidad de atención brindada al paciente siempre y cuando sea de una forma eficaz y eficiente, también se centra en ayudar a los profesionales de salud en el proceso de la toma de decisiones teniendo en cuenta la seguridad al paciente.(18)

Reyes; Flores; Saucedo entre otros, en el año 2013(19) mencionan: Una de las funciones principales de los sistemas de salud es la provisión de servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, en los que la calidad óptima de la atención es un elemento fundamental para garantizarlos. Desde hace más de dos décadas, el concepto de calidad de atención ha incluido el enfoque tanto individual como poblacional, asegurando el otorgamiento de servicios de salud con base en la mejor evidencia científica disponible y con énfasis en los resultados deseables en salud.

Mencionado autor dice que en los fundamentos de la calidad, dentro de los servicios de salud, la función principal es que haya igualdad en la atención, y que ésta sea oportuna, positiva y de calidad, también que los pacientes estén informados y compartan la toma de decisiones para su atención.(19)

En el año 2009, Rodríguez Cornejo(20), define a los fundamentos de la calidad de los servicios de salud, como el conjunto de principios, métodos y estrategias diseñadas para movilizar a los profesionales del área de la salud, en la busca de desarrollar nuevos y mejores servicios, para la satisfacción del cliente, con la menor inversión material, apostando todo a la capacitación de su recurso humano e intelectual.

El mismo autor, en el marco de la calidad asistencial, en los servicios de salud, añade que la principal fundamentación dentro de este contexto, es la de difundir un concepto de calidad, que promueva la excelencia en la toma de decisiones y la regulación de cada una de las actividad y procesos inmersos, en la gestión de un adecuada política de calidad den centro donde se aplica.(20)

Zurita Garza(21), al referirse al tema propuesto, describe los siguientes fundamentos de calidad en el área de la salud:

Identificación de la cadena de servicio, entre cliente (pacientes – usuarios) y proveedor.

Reconocer que la principal fuente de defectos, en torno a la calidad de los servicios de salud, está ubicada en los procesos.(21)

- a) La necesidad de extender la variabilidad de los procesos, como una clave para mejorar la calidad.

(21)

- b) Importancia de identificar los procesos vitales, dentro de la gestión de la calidad asistencial.(21)

- c) Las estrategias deben estar desarrolladas, en base a pensamientos científicos comprobados, con su respectivo sustento estadístico.(21)
- d) Promover entre los empleados del servicio, un sentimiento de pertenencia con la organización, para un mayor nivel de productividad y eficiencia.(21)
- e) Es más costoso mantener un nivel de calidad inadecuado, que ocuparse por elevar el nivel de calidad en cada uno de los procesos, si se considera que esto, garantizara un menor desgaste de los recursos del servicio.(21)

En síntesis los fundamentos de la calidad, relacionados con el área de salud, están enfocados a trabajar en el mejoramiento continuo del servicio, con la participación activa de todos los colaboradores del servicio, con una mínima inversión y un mayor cuidado de los recursos humanos, intelectuales, materiales y tecnológicos, siempre pensando en beneficiar a los usuarios, como evidencia de una adecuada gestión de la calidad, en cada uno de los procesos inmersos en el funcionamiento, de las organizaciones, dedicadas a proveer de servicios de salud.(21)

2.1.3.1. Contexto internacional de la gestión de la calidad

En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata del contexto internacional de la gestión de la calidad, conforme a la tabla 3

Rojas en el año 2011 afirma que:(22): en la prestación de los diferentes servicios de salud intervienen gran número de áreas, procesos, productos y servicios. Por tanto, es un deber para cualquier organización de salud, la integración de todos estos elementos con la aspiración de ofrecer una atención de la mayor calidad posible en la que el paciente que busca un tratamiento de cualquier índole, tenga la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado. Sin embargo, la creciente complejidad de los sistemas de salud en el mundo puede favorecer la proliferación de errores y sucesos adversos, cuyo

conocimiento es un aporte para establecer las medidas necesarias para minimizarlos y gestionarlos.(22)

El Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos en pro de la mejora de la seguridad del paciente, inició en 1998, un proyecto denominado Calidad de la Atención en Salud en América, cuyo objetivo fue desarrollar una estrategia para la mejora en la calidad de la sanidad en los Estados Unidos, ya que se detectó que una de las principales causas de muerte y lesión en la nación se debía a los “errores médicos” y por esta razón se vio la necesidad de generar cambios rigurosos en todo el sistema de salud, incluido el sistema de notificación o reporte. (22)

Los sistemas actuales de salud en el mundo han venido incorporando estrategias para mejorar día tras día, los diferentes servicios que brinda a la población, una de ellas ha sido la incorporación de sistemas de gestión, que han surgido desde otras disciplinas como las ingenierías y la administración.(22)

A esto se añade, que la salud es uno de los pocos sectores en los cuales la atención está estrechamente relacionada con la educación de los cuidadores en el futuro. Por tanto, la salud y la educación profesional son una parte esencial del desarrollo institucional, ya que tiene un gran impacto en la calidad y seguridad de la atención del paciente y por lo tanto deben ser cuidadosamente diseñados(22)

El mismo autor menciona que la gestión de calidad dentro del contexto internacional es un tema importante con el cual se refiere a una atención de calidad y calidez brindada por los profesionales de la salud, utilizando de manera óptima todos los recursos adecuados, en el diagnóstico, tratamiento, y de esta manera lograr la satisfacción del paciente, familia y comunidad, los servidores en la asistencia sanitaria deben tener bien claro el concepto de calidad ya que el conocimiento será útil en cuanto a la minimización de errores.(22)

Warton University of Pennsylvania en el 2009 añade que: (23) la importancia de la gestión de la calidad asistencial, en los proyectos de salud de escala mundial, en países en vías de desarrollo, enfatizando la constante búsqueda de medios que permitan la mejor utilización posible de la tecnología y de los proveedores de salud que disponen.

En algunos casos, menciona que los países están creando redes comunitarias de salud formadas por voluntarios, como estrategia activa para una mejor atención hacia el usuario. Muchas de esas voluntarias son esposas de líderes influyentes de la comunidad en posición de hacer de la salud una cuestión prioritaria. En India, se están empleando profesionales de enfermería en áreas rurales para ayudar en la clasificación de poblaciones y para identificar pacientes que puedan necesitar desplazarse para recibir tratamientos más avanzados en el consultorio médico o en el hospital.(23)

Al mismo tiempo, sin embargo, los profesionales de salud que trabajan en países en desarrollo están descubriendo formas innovadoras de usar la tecnología y aumentar la eficiencia del personal disponible. Es así que en algunas áreas, los trabajadores del campo están usando cámaras del móvil para fotografiar pacientes con determinadas enfermedades enviando a continuación las fotos a médicos mejor preparados en busca de consejo para el tratamiento de salud más adecuado.(23)

El autor(24) dice que: El estudio y análisis de la gestión, en busca de una mejor calidad asistencial, en el área de salud, es un tema de interés internacional, existiendo varios estudios y disertaciones, para comprender la importancia de este tema, en torno al mejoramiento del entorno médico. Dentro de esta realidad, varias organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han emitido varios documentos para orientar a las organizaciones, en el camino del mejoramiento continuo, para un ambiente de calidad asistencial.

Es por lo antes mencionado, que se afirma que la gestión de la calidad asistencial, es un aspecto de gran interés para todos los organismos, a nivel mundial y que se dedican a la prestación de servicios, enfocados a proveer de mejores condiciones y beneficios para sus

usuarios, el área de la salud. Dentro de este contexto, se han diseñado varios sistemas de calidad, para definir estrategias, que optimicen los recursos, sin olvidar la satisfacción del cliente.(24)

Para comprender ampliamente, la incidencia de la gestión de la calidad, a nivel mundial, es indispensable señalar que la calidad de un producto o servicio, está determinado por el nivel de satisfacción del cliente, mediante el cumplimiento de las demandas y no por el criterio del administrador.(24)

Respecto a este tema la Sociedad Española de Calidad Asistencial,(25) en el año 2012, menciona que en todos los países de nuestro entorno se extiende la proporción de hospitales que monitorizan sistemáticamente su calidad empleando conjuntos de indicadores comunes y por ello comparables.

Como una necesidad para mejorar la calidad asistencial y por ende su gestión. Está nueva tendencia mundial, ha originado que las organizaciones, prestadoras de servicios de salud, recurran al uso de varias estrategias como indicadores de calidad, entre otros, y así mejorar constantemente y posicionarse en el mercado de la salud, como instituciones confiables y con excelentes servicios y beneficios para el usuario, en el cuidado de su salud.(25)

Para cumplir con este fin, afirma que la gestión de la calidad asistencial, a nivel mundial, pretende identificar prácticas asistenciales con potencial de mejora, pudiendo ser utilizados como una herramienta que guíe los esfuerzos de mejora de la calidad. Su empleo sistemático para el control de la calidad de la atención prestada por los hospitales contribuye también decisivamente a aumentar la transparencia para los profesionales, centros, servicios, pacientes y ciudadanos. (25)

Pero principalmente proporciona información para orientar adecuadamente las iniciativas de mejora de la calidad. En el otro platillo de la balanza, la recopilación de los datos para confeccionar los indicadores implica una carga administrativa para los centros y

profesionales, por lo que la selección de los datos requeridos y la información obtenida debe seleccionarse cuidadosamente.(25)

2.1.3.2. Conceptos generales de calidad asistencial

En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de conceptos generales de calidad asistencial, conforme a la tabla 4

a) Eficacia

La Asociación Española para la Calidad en el año 2014 (26) define a la eficacia como el: "Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados (norma UNE-EN ISO 9000:2005)"

Además, añade que la eficacia es un concepto fundamental en los sistemas de gestión, debido a que:

Las organizaciones que implantan sistemas de gestión, entre otros motivos, para garantizar que sus actividades se desarrollan de manera eficaz y poder demostrarlo. La definición dada es genérica en cuanto a que no especifica qué tipos de resultados consiguen las organizaciones puesto que el concepto de eficacia es de aplicación a cualquier disposición que se planifica: los procesos que realiza la organización, los productos que cumplen los requisitos del cliente, el cumplimiento de la legislación.(26)

Varo, Jaime (27) dice: respecto a la definición del término eficacia, enmarca su actividad como la acción realizada, con el propósito de cumplir con los objetivos previstos, donde la actuación administrativa en el estricto sentido de la eficacia, correlaciona la capacidad de una medida sanitaria con la de un determinado efecto.

Este concepto propuesto por Varo, proporciona una visión más amplia del papel de la eficacia, dentro de la gestión de calidad asistencial, refiriéndose a este término, como un indicador de la capacidad sanitaria, con la que determinados servicios, evalúan sus procesos y actividades, frente al grado de satisfacción del usuario, como principal efecto.(27)

Pérez, Juan José; García, Javier (13)definen: el análisis de la eficacia, la guía de actuación de eficacia, como una definición más completa que solicita por parte de la administración médica, el cumplimiento de varias actividades y procesos, bajo criterios de gravedad, consumo de recursos, etc. Para esto determina la necesidad de:

Elaborar o adaptar una guía de práctica clínica basada en evidencias científicas. En todas las especialidades, un número limitado de procesos constituye un alto porcentaje de los ingresos y en ellos debe centrarse la gestión de la unidad. Respecto a las pruebas diagnósticas, lo relevante será la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo en las diferentes situaciones clínicas y, sobre todo, la mejora en la determinación de la probabilidad de prueba de tener la enfermedad. Ésta se establece con los datos clínicos básicos obtenidos en la anamnesis y la exploración.(13).

Lo anterior debe completarse con la elaboración de protocolos clínicos y guías de práctica clínica basados en árboles de decisión con la mejor evidencia disponible, establecimiento de los criterios de ingreso y estandarización de planes de cuidados de enfermería.(13)

b) Eficiencia

En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata de conceptos generales de calidad asistencial, conforme a la tabla 5

Jiménez Paneque, Rosa(28) menciona: que la eficiencia es el segundo concepto, más importante y de mayor relevancia, en el estudio de la calidad asistencial. Para su comprensión, cita a Murray y Frenk en el documento titulado “Un marco de la OMS para la

evaluación del desempeño de los sistemas de salud”, donde se considera que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, y que este desempeño debe evaluarse sobre la base de objetivos.

El autor propone varios postulados, en relación a la eficiencia, señalando que:

“Debe tomarse como eficiencia el grado en que un sistema alcanza los objetivos propuestos, con los recursos disponibles” (28)

En síntesis, la eficiencia es un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado. La efectividad es de mayor alcance y se define como la medida del impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población; por tanto, contempla el nivel, con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo.(28)

Es un atributo que sólo puede evaluarse en la práctica real de la Medicina. En la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas. Se trata además de tres conceptos concatenados pues no se concibe eficiencia sin efectividad y ésta pierde sentido sin eficacia.(28)

Un ejemplo concreto, que ilustra de manera sencilla la interrelación entre eficacia, efectividad y eficiencia en un contexto sanitario poblacional es el siguiente. (28)

Cierto programa de intervención para dejar de fumar puede considerarse eficaz si, en un estudio apropiado, consigue reducir el número de fumadores entre los intervenidos en una magnitud aceptable y previamente establecida. Para conocer si esta intervención resulta también efectiva habría que introducirla en la práctica y medir, por ejemplo, si además de reducir las tasas de fumadores se logra, a largo plazo, también reducir las

tasas de mortalidad por cáncer de pulmón o la morbilidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el contexto social donde se viene empleando.(28)

La eficiencia de la intervención podría medirse entonces como la magnitud de reducción de la tasa de fumadores por unidad monetaria gastada en la implantación del programa. El programa es eficiente si tales niveles de eficacia y efectividad no se pueden alcanzar con menos recursos o si los recursos han sido menores que los necesarios en otros programas de igual eficacia y efectividad.(28)

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. De modo que, cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuáles son las formas más eficientes de alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con eficiencia.(28)

Varo, Jaime afirma (27): manifiesta que la eficiencia es la expresión que mide la capacidad de la actuación de un sistema o sujeto económico de lograr el cumplimiento de un objetivo minimizando el empleo de recursos; es la actuación económica en sentido estricto y supone hacer bien las cosas. Es un concepto que hace referencia a los recursos consumidos. La eficiencia no es otra cosa, que una intervención sanitaria es la consecución de los objetivos al menor coste posible.

En síntesis, puede afirmarse que la eficiencia de la atención sanitaria, es la mejora de la salud esperada a partir de la asistencia prestada con relación a los costes de dicha atención. Para su medición se emplea en la comparación de los costes con los beneficios esperados. Por su parte la OMS y varios autores, coinciden al afirmar que la relación existente los resultados asistenciales y los recursos utilizados y sus costes, por tanto la eficiencia mide el rendimiento de los recursos.(27)

Dentro de este contexto, cita dos tipos de eficiencia:

- a) Clínica, subordinada a la conducta del profesional. Su evaluación tiene lugar, mediante auditorías constantes, realizadas para cualificar la intervención de los colaboradores del servicio.(27)
- b) De la producción, ligada a la institución del sistema productivo, en su conjunto. Es la eficiencia con que la organización produce bienes y servicios y los pone a disposición de los profesionales. (27)

Mencionados autores:(13) añaden: que, para alcanzar la eficiencia deseada por la organización, es necesario desarrollar una guía de actuación de eficiencia, donde el presupuesto clínico provea de la información necesaria, respecto a los costes directos e indirectos, así como de márgenes controlables desde la unidad.

En el plan de gestión de la unidad deben destacarse aquellos puntos críticos y márgenes de mejora de la eficiencia. El elemento soporte de evaluación es la cuenta analítica de resultados. Disponemos de información sobre el coste por cada categoría diagnóstica (GRD) y del coste de los principales materiales sanitarios y fármacos que utiliza la unidad. A partir de aquí, debe investigar cuáles son sus oportunidades de mejora y elaborar protocolos de consumo de los más relevantes desde el punto de vista clínico y económico(27)

- c) Costos-beneficios

En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de conceptos generales de calidad asistencial, conforme a la tabla 6

Urrutia Mardones, José Miguel afirman;(29) respecto al costo – beneficio, afirma que en los últimos años ha tenido lugar una escalada en los costos de salud y los indicadores generales apuntan a que los mismos seguirán incrementándose. El origen de este

incremento es multifactorial y complejo, es un fenómeno donde se ven inmersas las grandes casas farmacéuticas, políticas gubernamentales de cada país, globalización, inflación, depreciación de la moneda, entre los aspectos de mayor relevancia, sin embargo hay varios más dependiendo del país y servicio.(29)

Los autores,(29) mencionan varios aspectos, que han demandado, que en el marco de la gestión de la calidad asistencial, se evalué el costo – beneficio de cada uno de los procesos.

- a. El incremento de la drogadicción, malos hábitos y estilos de vida poco saludables; las crecientes tasas de accidentes automovilísticos y de SIDA son algunas consideraciones socio biológicas, que incrementan dramáticamente los costos y que escapan muchas veces del área de intervención de la salud.(29)
- b. El desarrollo tecnológico y la sobreutilización de estos recursos.(29)
- c. La población creciente de ancianos.(29)
- d. El aumento de la demanda.(29)

No existe todavía una definición universalmente aceptada de un estándar de atención costo efectivo sobre el cual guiar los parámetros de atención(29)

El objetivo principal de realizar un correcto análisis del costo – beneficio, es brindar la mejor atención posible a los usuarios, mediante una relación exacta de los recursos y los costos que intervienen en el tratamiento de determinadas enfermedades, incluyendo la etapa de diagnóstico, para así diseñar protocolos que faciliten la optimización de los recursos con un mayor nivel de efectividad y satisfacción.(29)

Lisboa, Basualto Carmen menciona(30): en una investigación científica, dirigida a identificar el correcto proceso de evaluación, de la relación costo – efectividad, en

diferentes áreas médicas, asegura que este es un aspecto indispensable, si se desea desarrollar un modelo de calidad asistencia de éxito, que asegure a la administración de las organizaciones, un mejor aprovechamiento de los recursos con los que cuenta.

Uno de los componentes básicos del análisis costo-efectividad es la demostración de la efectividad relativa de una nueva tecnología o terapia comparada con una antigua. En salud la medición de la efectividad requiere la demostración que la nueva tecnología al ser aplicada en un grupo de pacientes, produce más efectos favorables que daño al compararse con la antigua. La esencia misma de la efectividad es la comparación con métodos alternativos de tratamiento, por lo tanto, la demostración de la efectividad debe ser siempre comparativa(30).

Arroyave Loaiza, Gilma aporta:(31) describe al análisis beneficio – costo, como el conjunto de procedimientos analíticos, que faciliten la evaluación y desarrollo de alternativas enfocadas, en proveer de información adecuada para la toma de decisiones, respecto a determinados problemas y situaciones, como cuáles son los insumos de mayor efectividad, de acuerdo al diagnóstico, para evitar así que se incurra en gastos innecesarios y el manejo de los recursos.

Respecto a lo antes mencionado, se puede concluir que el análisis beneficio – costo, es de gran relevancia para la administración y se alinea con el fundamento de la gestión de la calidad asistencial, que afirma que la calidad no es sinónimo de una inversión excesiva. Por el contrario cuesta más mantener un modelo de calidad deficiente.(31)

a) Indicadores de Calidad

En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata de conceptos generales de calidad asistencial, conforme a la tabla 7

Patricia C. Huerta-Riveros, Iván R(32)en el año 2012 añade la fundamentación en analizar los indicadores de gestión ya que permiten un uso más eficiente de los recursos asignados a

los Servicios de Salud y proporcionan señales para monitorear la gestión de un servicio, lo que permite asegurar que las actividades vayan en el sentido correcto, evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades que, por ende, direccionan las estrategias en el ámbito financiero, asistencial y de recurso humano que se implementan posteriormente.

Debido a su relevancia e impacto en la población, todo indicador de gestión en salud debiera ser considerado por los directivos de las redes asistenciales para guiar las estrategias a implementar en los establecimientos que conforman la Red Asistencial de Salud Pública.(32)

En particular, no es necesario tener bajo control continuo muchos indicadores, sino sólo los más importantes, es decir, los claves. Entre los diversos indicadores de gestión que puede proporcionar un Servicio de Salud, se tiene(32):

b) Indicadores Asistenciales.

Con la finalidad de presentar el producto o resultado de la actividad asistencial de los Servicios de Salud, se ha escogido, de los registros estadísticos elaborados por los Servicios, una serie de indicadores que dan cuenta de la mayor parte de las actividades de los establecimientos de la red hospitalaria. (32)

c) Indicadores de Gestión.

Informan del comportamiento de la información relativa a ingresos y gastos percibidos y devengados, grado de ejecución presupuestaria y situación de la deuda. Para realizar un análisis crítico que permita extraer conclusiones que reflejen efectivamente la gestión financiera de la Red Asistencial, es necesario observar el proceso anual completo, es decir, los datos acumulados del año. Completado el ejercicio contable presupuestario anual, se podrá verificar la eficiencia de la recuperación de ingresos, la capacidad de enfrentar el

presupuesto anual y el rendimiento del gasto. Por lo anterior, en este apartado se presentarán las definiciones y las fórmulas de cálculo que se están utilizando.(32)

d) Indicadores de Recursos Humanos.

La información utilizada para el análisis es la entregada directamente por los Servicios de Salud y recoge los datos desagregados por establecimiento bajo dependencia directa, así como de la dirección respectiva, como estructura administrativa(32).

Jiménez, Panenque Rosa (28) manifiesta: que los indicadores de calidad, cita la definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- a. Variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizada para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría.(28)
- b. Variable susceptible de medición directa que se supone asociada con un estado que no puede medirse directamente. Los indicadores son a veces estandarizados por autoridades nacionales o internacionales.(28)

Variable que contribuye a medir los cambios en una situación de salud, directa o indirectamente, y evaluar el grado en que los objetivos y metas de un programa se han alcanzado.(28)

Los conceptos antes descritos, coinciden en afirmar que un indicador es una variable que pretende reflejar cierta situación y medir el grado o nivel con que ésta se manifiesta, de manera que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio. Con este enfoque, puede decirse que los indicadores de calidad y eficiencia de la calidad asistencial, jugarían el mismo papel que los que utilizan los laboratorios para evitar

problemas en el proceso que afecten la calidad de los resultados y se produzcan inconsistencias en los niveles donde éstos se utilizan. (28)(32).

Ministerio de Protección social (33) afirma que: respecto a los indicadores de calidad, en el área de la salud, manifiestan que su papel está enfocado, a servir de base para medir el desempeño de los servicios que brinda o debe brindar el hospital y facilitar las comparaciones en el espacio y en el tiempo. Por tal motivo, la posibilidad del desarrollo de indicadores específicos a nivel local, la necesidad de indicadores de valor general ha sido y es una necesidad cada día más comprendida.

Pero, el desarrollo de buenos indicadores no es una tarea fácil ni puede abordarse sin un conocimiento profundo. Para que los indicadores sean confiables y plausibles de verificación, deberán cumplir con las siguientes características:(33)

- a) Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.(33)
- b) Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.(33)
- c) Comprensibilidad: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.(33)
- d) Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar(33).

El desarrollo y utilización de buenos indicadores deberá además sustentarse sobre buenos sistemas de información. Es decir que habrá que tener en cuenta cuestiones como: la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confidencialidad de datos sobre los pacientes.(33)

Sociedad Española de Calidad Asistencial (25) afirma que en la actualidad existen cientos de indicadores concebidos para la evaluación de la calidad de la atención de salud y de la hospitalaria en particular. En la literatura sobre el tema se analizan aspectos concretos, como el uso de indicadores agregados para evaluar el desempeño hospitalario, o si deben o no hacerse públicos los informes sobre indicadores de desempeño.

Para una mejor comprensión, ha identificado la siguiente clasificación:

a) Indicadores de calidad según la estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).(25)

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.(25)

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.(34)(25)

b) Indicadores según la calidad del proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención)

sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.(25)

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia (que se abordan más adelante) en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso.(25)

c) Indicadores de calidad según los resultados

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado.(25)

El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.(25)

d) Indicadores de datos agregados

Son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral).(25)

Los indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas) son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.(25)

e) Indicadores trazadores

Un tercer tipo de indicador de resultados: el indicador trazador, que define como:

Una condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia brindada. Puede ser una enfermedad de diagnóstico frecuente en la cual las deficiencias en la asistencia se consideran comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr beneficio al corregir esas deficiencias(25)

Este tipo de indicador incluye sucesos no tan graves para requerir un análisis individual como es el caso de los indicadores centinela ni es susceptible de ser evaluado sólo mediante proporciones, sino que consiste en la detección de padecimientos relativamente frecuentes, de fácil diagnóstico cuyo tratamiento produce resultados inequívocos (o altamente probables) y permite así identificar si el caso ha sido manejado apropiadamente o no. (25)

2.1.3.3. Calidad científico-técnica y calidad percibida.

En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de calidad científico-técnica y calidad percibida, conforme a la tabla 8

Al referirse a la calidad científico – técnica y calidad percibida, Lorenzo, Rodríguez – Marín y Buil,(35) describe dos conceptos claros, propuestos por Gronos:

- f) Calidad Científico-Técnica: competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.(35)
- g) Calidad Percibida: forma en que se presta la asistencia sanitaria tal y como es juzgada o percibida por el propio paciente y su familia.(35)

Respecto a lo expuesto, se puede afirmar que los conceptos, mantiene una estrecha relación, para mantener un equilibrio entre las competencias técnicas y el nivel de satisfacción del usuario, como eje principal de una gestión de calidad asistencial óptima, que cumpla con su cometido y vigile la salud física y emocional del usuario.(35)

Por su parte, Aranaz(36), describe a la calidad científico técnico como el grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas, que incluyen la interrelación médico paciente. En este contexto intervienen varios elementos como:

- a) Accesibilidad: El grado en que las personas pueden utilizar los servicios cuando los necesitan incluido el seguimiento hasta los niveles más altos del sistema. La no existencia de barreras.(36)
- b) Adecuación: Definido como el grado en que una atención/intervención es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimientos.(36)
- c) Eficiencia: Es la relación entre los efectos conseguidos y los recursos empleados.(36)
- d) Seguridad: El grado en que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros incluido el personal de salud.(36)

- e) Puntualidad: El grado en que el servicio o la atención sea en el momento más beneficioso o necesario.(36)
- f) Respeto y Cuidado: El grado en que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de respeto y sensibilidad hacia las necesidades, expectativas, y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.(36)
- g) La Satisfacción: El grado en que son satisfechas las necesidades y expectativas del paciente o sus familiares.(36)

A su vez, la Agencia de calidad del sistema nacional de salud(37) , menciona que la calidad científico – técnica y calidad percibida, hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para mejorar la salud y aportar satisfacción a los receptores de la atención médica.

En el ámbito individual incluye capacidad técnica y trato interpersonal. Al nivel de grupos, instituciones o sistemas se refiere al modo del funcionamiento global de los mismos. Es la dimensión más valorada, en general, por los profesionales sanitarios.(37)

En síntesis respecto a la calidad científico-técnica y la calidad percibida, se puede afirmar que se trata de enunciar los principales problemas y oportunidades de mejora de la calidad, en base a conceptos de eficacia y la capacidad de producir el efecto deseado en condiciones ideales, de efectividad, frente a la capacidad de producir el efecto deseado en condiciones habituales en la práctica clínica), pero también la seguridad. Para complementar al concepto descrito con anterioridad desde la perspectiva del paciente, identificando el grado de satisfacción, aceptabilidad e información.(37)

2.1.3.4. Aspectos bioéticos de la calidad de la atención.

En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de aspectos bioéticos de la calidad de la atención, conforme a la tabla 9

Domínguez, Manrique en el año(38) 2011: Al referirse a los aspectos bioéticos en la calidad de atención menciona que la calidad sanitaria es una preocupación universal, las instituciones responsables y las educativas, formadoras de recursos humanos, comparten los propósitos de conseguir una mejora continua. Entre los reclamos más frecuentes de la población se encuentra la llamada "deshumanización", es decir, cuando se otorga atención con un alejamiento que lastima la dignidad de los individuos.

Una de las grandes aportaciones de Hipócrates a la medicina, además de la *téchnē*, es sin duda el énfasis en la atención humanista del médico, como un troquel inalterable para todas sus intervenciones. En su texto "Sobre la Decencia" explica la importancia de la actuación profesional como algo distintivo que pretende dar plena satisfacción al enfermo, desde el trato, vestimenta, presencia, dicción, tono de voz y mirada directa y franca. Por supuesto que la calidad incluye también todo esto.(38)

La atención a los procesos de salud-enfermedad a través de la historia fue entendida como una obligación del Estado en un reconocimiento a los derechos humanos. La calidad siempre fue considerada como implícita y la premisa fundamental consistió en otorgar simplemente la atención. Sin embargo, la revolución en la gestión empresarial internacional, con el objetivo de ganar mercado en una competitividad constante, desembocó en sistematizar una categorización de logros estimados en calidad, como una contraparte de la productividad. Los servicios de salud dejaron de estimarse solamente en su otorgamiento y en el rendimiento de sus recursos y fue agregada a su gestión conseguir la calidad.(38)

Una vez identificada la gestión para la calidad en la atención a la salud se desarrollaron indicadores, yendo desde una subjetividad hasta la objetividad de una percepción concreta por parte de los usuarios y las instituciones. En esa metamorfosis de incluir, entender y aplicar procedimientos específicos para evaluar por medio de la calidad, la atención a la salud mejoró substancialmente. Por otra parte, desde su inicio la bioética se desarrolló en el campo biomédico y en áreas hospitalarias. El área de atención considerada como de primer contacto y los amplios procesos de la salud pública fueron relegados a segundo término, a pesar de su trascendencia en todo sistema de salud de cualquier país.(38)

En síntesis la calidad de la atención define la importancia y la actitud profesional del proceso de atención de enfermería que sí años atrás fue considerada implícita, con la revolución de la gestión empresarial se ha logrado que forme parte del desarrollo de indicadores de calidad y evaluando la atención en salud el área, los usuarios y las instituciones.(38)

Márquez, Víctor Manuel Rico Jaime(39): Una gestión efectiva demanda un empleo efectivo de recursos. En efecto, el uso óptimo de los recursos de una organización es el objetivo primordial del proceso de gestión. Todo dirigente--trátase de un comandante de unidad, del director de un hospital, de un alto funcionario gubernamental, de ejecutivos de organizaciones comerciales el responsable de la propiedad de otros individuos. La forma de emplear esas propiedades o bienes, orientadas hacia la calidad total, es la responsabilidad fundamental y la base para juzgar su actuación como directivo.

En el campo de la salud, muchas veces los responsables de su gestión se ven imposibilitados de aprovechar y sacar ventajas para su empresa o institución ante cada oportunidad de logro que se les presente. Por ello, la toma de decisiones debe ser un proceso racional de elección para decidir cómo actuar.(39)

Es decir, se debe deliberar qué curso de acción es conveniente tomar para emplear los recursos disponibles. Siempre y cuando hayamos seleccionado una sola alternativa,

podremos planear--considerando a este proceso como un conjunto de decisiones inteligentes--el desarrollo de políticas, estrategias y cursos de acción que más convengan a los objetivos de la calidad total en salud y, de manera significativa, que esas decisiones lleven a condiciones humanizantes.(39)

Todo funcionario, en cada nivel de la organización para la que labora y en cada una de sus funciones, toma decisiones. Éstas no se hacen en el vacío, es decir, cada decisión colectiva o individual afecta las operaciones de todo el sistema organizacional. El punto crucial de la solución de problemas radica en tomar la decisión oportuna. Un ejecutivo que no toma decisiones por miedo, indecisión u otro motivo está destinado al fracaso, porque mientras piensa que es mejor no decidir olvida que no hacer nada es haber ya tomado una decisión.(39)

El proceso de la toma de decisiones, visto como un elemento nuclear fundamental para optimizar los recursos, requiere incluir una clara intención, tanto para obtener un mejor aprovechamiento de los recursos como para incluir la calidad y definir los aspectos bioéticos que se encuentran formando parte de cada uno de los procedimientos empleados.(39)

La conformación bioética debe especificar los valores y corrientes de pensamiento filosófico que deben mantenerse vigentes en la toma de decisiones, no sólo como un respaldo epistemológico y filosófico de fondo, y además velado, sino como una expresión abierta, explícita, susceptibles de evaluarse cuantitativa o cualitativamente, e integrada con la factibilidad de la decisión tomada, sin descartar la repercusión jurídica que conlleva, incluir los aspectos bioéticos en la toma de decisiones trasciende a la gestión tradicional.(39)

Desvela los valores e interpreta las corrientes de pensamiento que recorren el substrato de intencionalidad del estilo de toma de decisiones. Es el entrecruzamiento del manejo de la gestión de recursos técnicos, tecnológicos, financieros con aspectos humanos.

El diccionario de la Real Academia Española define "decisión" como: "determinación, resolución que se toma o que se da a una cosa dudosa".(39)

El origen de la palabra nos puede aclarar sus aspectos más esenciales. Decisión, del latín de-cidere, es un término afín a incisión, precisión, preciso, conciso, circuncisión, cisura, cesura, inciso, occiso. Entraña la idea de "cortar y dejar". Supone que un individuo, ante dos o más alternativas que tienen algo de aceptable, toma una y deja las demás.(39)

Por lo tanto "calidad total" es la obtención de un producto o servicio por un usuario a quien satisfacen sus expectativas y quien ofrece el servicio. La importancia de la toma de decisiones fundamentadas para brindar una adecuada atención así como también los aspectos bioéticos formando parte de los elementos bioéticos.(39)

Octaviano Domínguez Márquez El define(38): En el entramado de calidad, atención de primer nivel (o de primer contacto) y salud pública es conveniente realzar el papel de los elementos bioéticos, porque pasa desapercibido el componente de los valores y principios éticos, o su mención es sumamente abstracta.

No puede haber calidad total si hay indignidad en la atención, déficit de responsabilidad o cancelación de la autonomía. Además, es preciso identificar y dar seguimiento a las corrientes de pensamiento que a través de la historia emergen en nuestra realidad de salud; no sólo aparecen sino también conducen las decisiones en las instituciones por medio de la emisión de políticas y de estrategias.(38)

De acuerdo con los sistemas de salud paternalistas, como son la mayoría, pueden ser genuinos e intensos los deseos de ofrecer calidad, incluso estar bien implementados, pero frecuentemente nos apartamos "de buena fe" de los principios y valores éticos, porque se consideran implícitos. La realidad nos indica la ingente necesidad de hacerlos explícitos, claros, contundentes. No puede seguir siendo un sobreentendido, o una magnífica intención pero velada.(38)

El respeto a la dignidad se revela como principio orientador de toda la gestión, desde la planeación hasta sus derivados en organización, dirección y evaluación, y ubicado como elemento irrenunciable de la calidad total. Los servicios de salud deben expresarse desde la estructura, de modo confortable, higiénico y seguro.(38).

La organización debe mostrar profundo respeto por la persona y sus familiares en los tiempos de espera y en la prontitud de la atención. Se espera que ésta sea personalizada, con amabilidad natural, no estereotipada (herir con la indiferencia). Por otra parte, no hacer algo que haga sentir despreciable y repugnante ante sí mismo por haber cometido una ofensa en la integridad física o moral de los pacientes, aunque no sea deliberado sino, como es común, banalizando el trato impersonal como parte de la inercia institucional. (38)

La calidad total está incompleta cuando se torna masivo el primer nivel de la atención y los números de registro, matrícula o afiliación identifican omitiendo el nombre. Lolas señala que la dignidad "incluye el respeto a la vida en todas sus formas, sin distinciones de ninguna especie y sin limitaciones temporales".(38)

En cuanto al déficit de responsabilidad en los actos de la medicina de primer contacto se espera también corresponsabilidad en lo que toca al paciente y a sus familiares. La responsabilidad debe compartirse cuando el sistema de salud no es capaz de convencer a los enfermos crónicos de llevar a cabo el control necesario y, por su parte, los pacientes no se implican voluntariamente en su enfermedad cambiando su estilo de vida. En el momento en que suceda la aceptación voluntaria de los enfermos y el empeño de las instituciones por conseguirlo, el panorama epidemiológico habrá cambiado drásticamente, los hospitales quedarán subutilizados en un 40 por ciento o más y podrá decirse que un gran objetivo de la calidad total estará cumplido.(38)

2.1.4. Modelos de gestión de la calidad asistencial

Santos, Lina(40) Después de revisar la literatura existente a nivel nacional e internacional sobre modelos de gestión se puede decir que, además de no ser muy amplio, se encuentra disperso y consta, en su gran mayoría, de relatos de experiencias de ciertos países o ciudades que los han implementado en su totalidad o en algunos de sus aspectos específicos.

Un sistema o modelo de gestión es el conjunto de elementos que conforman la política, los objetivos y la metodología para lograrlos, la dirección y el control de una organización. Normalmente, se entiende que estos modelos de gestión se concretan en estructuras organizacionales, es decir, en las “formas en las cuales una organización divide sus labores en distintas actividades y luego las coordina(40)

2.1.4.1. Modelo Europeo.

En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata del modelo europeo, conforme a la tabla 10

Oteo Ochoa, L. A; Pérez Torrijos, G; Silva Sánchez, D(41) dice; La gestión del hospital moderno necesita de indicadores de calidad que promuevan la excelencia en los resultados y guíen las mejoras en los servicios de salud. El Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management constituye un marco de referencia para la gestión de la empresa, fomentando desde una visión global una cultura de innovación, tanto en el sistema organizativo como en los procesos directivos y gestores. Están presentes en su filosofía los principios de: gestión de la calidad total:

- a. Estrategia centrada en el cliente(41)
- b. Mejora y aprendizaje continuo(41)
- c. Relaciones de asociación con los proveedores(41)

- d. Liderazgo en los procesos críticos(41)
- e. Promoción e involucración de las personas(41)
- f. Desarrollo de las competencias esenciales y evaluación de resultados(41)

En el entorno hospitalario del Cuadro de Mandos Integral creado por Kaplan y Norton, desarrollando sus dos elementos principales, tanto a nivel conceptual como operativo, las perspectivas y el mapa estratégico. Este modelo de gestión integrador facilita a los directivos y profesionales de la salud implementar planes operativos, monitorizar la calidad interna que soporta el Modelo Europeo de Excelencia, visualizar gráficamente la estrategia de la empresa, gestionar de forma sistemática las actividades y procesos de la cadena de valor asistencial, y en suma, disponer de un sistema de información de resultados para evaluar la consecución de los objetivos esenciales, fortaleciendo los patrones de decisión en los niveles meso y micro institucional de los servicios sanitarios desde la autonomía y descentralización funcional (41)

El Modelo de Excelencia de la Europea proceso de innovación, tanto en el sistema organizativo como en los procesos directivos. Es decir Cuadro de Mando Integral (CMI) en un instrumento de gestión, que facilita la comunicación y la puesta en funcionamiento de la estrategia organizacional, es decir, es un marco que contiene un conjunto de indicadores seleccionados que ayudan a la organización a ejecutar sus factores claves para éxito, los cuales son definidos al generar la visión estratégica de la compañía.(41)

Oteo Ochoa, L. AEl(42) Modelo de la European Foundation for Quality en el año 2012 aprueba (EFQM) propone la autoevaluación como instrumento de mejora empresarial clave bajo el enfoque de la calidad total. Con la finalidad de conocer el estado actual de innovación en hospitales del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y avanzar en los procesos de cambio organizativo, el presente estudio ha planteado la metodología que

propone la EFQM. Métodos: la muestra del trabajo consta de 64 hospitales de la red pública del INSALUD que participaron en un proceso de autoevaluación a través de un cuestionario adaptado al entorno sanitario y basado en los nueve criterios agentes para el logro de la excelencia empresarial que plantea el modelo de la EFQM. Se analizó en primer lugar el nivel de desarrollo de los criterios agentes facilitadores y de resultados en cada uno de los hospitales del estudio. (42)

Se comparó el nivel de desarrollo de los ítems del modelo de calidad con las siguientes variables explicativas; capacidad de camas instaladas, niveles de complejidad según las características estructurales del hospital y peso medio como indicador de complejidad de la casuística, configurando una matriz de correlaciones. Resultados: del conjunto de la muestra hospitales orientan su visión hacia una cultura de calidad. Las variables explicativas, número de camas instaladas, complejidad de la estructura de los hospitales y peso medio de los grupos relacionados con el diagnóstico (DRGs), (42)

La capacidad de camas instaladas se relacionó significativamente con el criterio de gestión de personal. Los hospitales de mayor complejidad estructural presentaron una mejor correlación con los criterios de recursos y de satisfacción de personal. El peso medio del DRG se relacionó significativamente con los criterios de políticas y estrategias, procesos, impacto en la sociedad y con el índice de valor total del conjunto de los nueve criterios. Conclusiones: el modelo de la EFQM es una herramienta de gestión empresarial de probada utilidad para desarrollar el proceso de autoevaluación y mejora continua desde una visión de la calidad total. Los resultados del presente trabajo señalan la necesidad de un mayor compromiso de los equipos directivos y de los profesionales de la salud en el despliegue de políticas y acciones orientadas hacia la mejora de la calidad. (42)

El mayor desarrollo de los criterios del modelo de la EFQM en los hospitales con estructura más compleja, sugiere la existencia de una política de calidad más internalizada en la organización así como una mayor adecuación de recursos para impulsar la formación

continuada, el desarrollo profesional, la mejora de los sistemas de información y el interface efectivo con la sociedad.(42)

Sin embargo, el hecho de que los hospitales con menor capacidad instalada provean también atención sanitaria eficiente a pacientes con procesos complejos, por estar dotados de adecuadas competencias profesionales y tecnológicas, indica que la complejidad de la estructura hospitalaria no debiera condicionar a priori el desarrollo de las políticas de calidad, el liderazgo institucional y el compromiso con la excelencia de los servicios de salud a la comunidad(42)

El paradigma de la calidad ha alcanzado una notable difusión en el ámbito empresarial. La revisión de la literatura especializada muestra la existencia de diferentes definiciones en torno a qué la calidad es satisfacción de las expectativas, calidad como conformidad como valor, y como Excelencia. La inspección es un sistema en el cual una o más características de un producto, servicio o actividad son examinados, medidos, testados, evaluados y comparados con los requisitos especificados para conseguir la conformidad Se trata de un proceso de reparación donde el énfasis persiste en acciones correctivas. Por lo tanto también el liderazgo institucional y el compromiso con la excelencia de los servicios de salud a la comunidad.(42)

Eugenio Hidalgo, Díez(43)El modelo EFQM adaptado por el MEC, procede del establecido por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y utiliza como proceso clave para la mejora, el diagnóstico y la autoevaluación, entendidas como un análisis global, sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparados con un modelo de excelencia.

Dicho modelo, utiliza el diagnóstico y la autoevaluación como medio para que el centro educativo conozca cuál es su situación con respecto a los nueve criterios que lo componen y a partir de esa comparación saber cuáles son sus puntos fuertes y también cuáles son aquellas áreas donde se hace preciso implantar acciones de mejora.(43)

Según este modelo, la satisfacción de los usuarios del servicio público de la educación, de los profesores y del personal no docente y, el impacto en la sociedad se consigue mediante un liderazgo que impulse la planificación y la estrategia del centro educativo, la gestión de su personal, de sus recursos y de sus procesos hacia la consecución de la mejora permanente de sus resultados.(43)

Así, se parte en considerar a los criterios agrupados en dos conjuntos: Agentes y Resultados. Los agentes abarcan los criterios de: Liderazgo, política y estrategia, gestión de personal, recursos y procesos, y los resultados abarcan los de: Satisfacción del cliente, satisfacción del personal, impacto en la sociedad y resultados del centro.(43)

Como podemos deducir, este modelo que deriva del mundo empresarial, ha sido adaptado a los centros educativos. No obstante, hemos de decir que su adaptación no es del todo convincente, debido a las dificultades que presenta en el plano terminológico, de la información que se solicita y de la propia construcción de las preguntas, como podremos apreciar más adelante. Igualmente, consideramos que al ser un modelo apoyado única y exclusivamente en una evaluación diagnóstica externa, quedaría falta de un contraste con otros elementos evaluadores de carácter interno(43)

El modelo para la gestión de la calidad EFQM (European Foundation Quality Management), conocido como Modelo Europeo de Gestión de la Calidad, adaptado por el MEC para los centros educativos.(43)

Dicho modelo, en su apartado de Diagnóstico, tiene como finalidad facilitar a los centros públicos un instrumento adicional para medir la percepción de su personal, de sus alumnos/as y de las familias, sobre el funcionamiento del centro y sobre el modo en que se gestionan los diferentes aspectos que sirven de base al modelo europeo.(43)

En este caso, se establece dicho Modelo de Diagnóstico precisa de una adaptación a los centros en los que se trate de llevar a cabo y como consecuencia en la necesidad de

establecer un modelo más centrado en la reflexión crítica de todos los que configuran el centro educativo procurando entender el diagnóstico no únicamente como la actividad de resolver problemas, dificultades y/o deficiencias del alumnado, sino también, como aquella actividad encaminada a prever y potenciar el desarrollo de los diferentes indicadores de un centro educativo para alcanzar la plenitud de todos y cada uno de ellos, y dotar así al propio centro de una autonomía, estaremos en la línea de entender el diagnóstico como algo necesario para realizar pronósticos que permitan prevenir y ajustar los procesos para conseguir una mejor calidad.(43)

2.1.4.2. Modelo Canadiense.

En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata del modelo canadiense, conforme a la tabla 11

Mendoza P, Sara(44)El modelo canadiense de gestión en calidad asistencial, se caracteriza por la existencia clara de una administración pública, con clara accesibilidad al sistema, donde integra los derechos universales e intransferibles de atención médica, en el área médica, incluyendo los procesos de diagnóstico y tratamientos, en busca de la satisfacción permanente del usuario. Dentro de este contexto, el principio de integralidad apunta a ser el pilar base, del modelo de gestión canadiense, al integrar a todos los actores, inmersos en el marco de la calidad asistencial.

Valencia Zapara, Juan Espebans(45), afirma que el modelo de gestión de la calidad canadiense, incluye las más altas referencias, respecto a estándares de calidad y seguridad, en cada uno de los protocolos de atención hospitalaria y abarca dos partes esenciales para su normal y eficiente desarrollo:

El auto evaluación para una correcta acreditación, dando lugar a una comparación detallada de los servicios de una organización y su forma de operar en relación a estándares nacionales. En esta primera etapa la organización interesada mide el grado de cumplimiento

en estos estándares, especialmente en áreas que luego serán examinadas durante la segunda etapa, referidos a cuidados del paciente y la entrega de los cuidados, prácticas en el manejo de la información, recursos humanos y su gestión, la dirección de la organización y el manejo del entorno.(45)

Revisión de pares o evaluación externa, referente a la evaluación que realizan pares que laboran en otras instituciones y hacen el proceso de acreditación propiamente tal. Utilizan los mismos estándares nacionales para evaluar en forma independiente sus resultados y niveles de cumplimiento. Durante su visita, estos evaluadores se entrevistan con un amplio espectro de funcionarios de la institución: directivos, médicos, personal administrativo, de recursos humanos, pacientes, familiares entre otros, con quienes comparten información y experiencias.(45)

Otros autores (46) y (47), mencionan que el sistema de salud canadiense es financiado por el gobierno y se basa en cinco principios: accesibilidad universal a todos independientemente de sus ingresos, ofreciendo servicios completos, con una gestión pública, que garantice el acceso universal a los ciudadanos y residentes permanentes, y se aplica dentro y fuera del país.

Las normas del sistema de salud son establecidas por el gobierno federal y son administradas localmente por cada provincia y territorio, que tienen sus propios planes de salud que cubre las necesidades de los servicios médicos. En general, los costos de los servicios médicos son pagados por primas mensuales y/o a través de los impuestos sobre la renta. Los gobiernos provinciales y territoriales son responsables de financiar el sistema público de salud y de atención médica. (46) y(47).

Por lo tanto, cada jurisdicción ofrece distintos servicios y planes de seguro médico gratuito y los medicamentos con receta, por ejemplo, difieren de una provincia a otra. Según la provincia, servicios dentales y de visión pueden no estar cubiertos pero en muchos casos

los empleadores aseguran a sus empleados a través de compañías privadas de seguros.(46)(47).

Uno de los principios básicos del sistema canadiense de salud es que se aplica en todas partes. Sin embargo, eso es cierto al 100% solo entre las provincias. Cuando un canadiense viaja al extranjero, los servicios de salud cubiertos son limitados, o sólo parcialmente cubiertos, por lo que la mayoría de los canadienses prefieren adquirir un seguro privado para el viaje.(46)(47)

Canadá ofrece un seguro de salud gratuito para todos sus ciudadanos y residentes permanentes. Las provincias de Quebec, Columbia Británica, Ontario y Nuevo Brunswick tienen una espera de tres meses para los nuevos residentes permanentes antes de tener derecho al sistema de salud pública. La mayoría de ellos prefieren comprar un seguro médico privado temporal en espera de su c, expedida por la oficina local del Ministerio de Salud.(46)(47)

2.1.4.3. Modelo USA

En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata del modelo canadiense, conforme a la tabla 12

El modelo canadiense, abreviado en las siglas JCAHO, (48)(JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION), fue en 1951, en base a un acuerdo entre asociaciones de profesionales sanitarios (ACS, ACP, AMA) y la Asociación Americana de Hospitales (AHA), en sus inicios su esquema inicial y filosofía general fueron semejantes a los de la norma ISO.(48)

Para esto exigían la determinación de estándares de origen profesional para la autorregulación voluntaria. Solo que en vez de ser en el ámbito industrial fue en el ámbito específicamente hospitalario, en vez de hablar de normas, hablan de estándares y en vez de

certificar hablan de acreditar. También se plantea, como en caso de la ISO, un programa de enfoque eminentemente externo, con un resultado de la acreditación) que hay que renovar periódicamente.(48)

A lo largo del tiempo, el tipo de organización que se acreditan se ha ido ampliando hasta llevar a cambiar el nombre de JCAH a JCAHO, incluyendo en la actualidad esquemas de acreditación para todo tipo de organizaciones sanitarias, desde residencias asistidas a redes completas de atención, y, desde luego, centros de atención primaria. También ha sido evidente la extensión del modelo de acreditación específicamente sanitaria a multitud de países, impulsando no solo por la JCAHO sino también por diversos tipos de organizaciones como la OPS y la sociedad internacional de calidad en servicios de salud.(48)

Otros cambios se han producido en los propios estándares que se intenta enriquecer, (49)(50) pasando de ser puramente estructurales, a incluir también indicadores de proceso y resultados, a la vez que el proceso de acreditación se intenta convertir en una ayuda para la mejora continua, y no solo un proceso de reconocimiento externo. En los años sesenta perdió facto el carácter voluntario que tiene en el país donde se creó, al hacerse obligatoria la acreditación para las instituciones que atendiesen pacientes de medicad y medicare, los dos grandes seguros de enfermedad públicos que hay en estados unidos.

Curiosamente, los estándares no detallan los requisitos del sistema o programa de gestión de la calidad, pudiéndose así complementar con la norma ISO 9001. Tampoco tienen carácter universal, y la propia cuenta internacional propugna una adaptación local y de los mismo, aunque sigan siendo un conjunto relativamente amplio y detallado.(49)(50)

El modelo se encuentra en un manual de acreditación el cual es público y conocido, tiene criterios bien definidos, estándares óptimos alcanzables y es actualizado periódicamente su proceso y procedimiento de evaluación se realiza mediante equipos homogéneos y multidisciplinarios, con una planificación minuciosa, y los resultados son públicos.(49)(50).

Como en todos los modelos, tenemos una serie de inconvenientes que pueden influir en su evaluación y valoración, ya que por ejemplo es un procedimiento poco flexible por ser profesionales muy especializados, independencia limitada por el contrato y, por último, el proceso de acreditación es costoso. Como principal ventaja, podemos decir que es una herramienta muy precisa para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. La JCAHO ha desarrollado un procedimiento extraordinariamente planificado, y los profesionales están muy entrenados.(49)(50)

Belzunegui, T; Busca, P(51) afirman que el modelo a seguir es el siguiente, respecto a las funciones centradas en el paciente

- a. Derechos del paciente y ética de la organización(51)
- b. Evaluación de los pacientes(51)
- c. Asistencia a los pacientes(51)
- d. Educación de los pacientes y sus familiares(51)
- e. Continuidad de la asistencia(51)

Las funciones inmersas en el modelo, para con la organización son:(51)

- a. Mejora de la actuación de la organización(51)
- b. Liderazgo(51)
- c. Gestión del entorno de la asistencia(51)

- d. Gestión de los recursos humanos(51)
- e. Gestión de la información(51)
- f. Vigilancia, prevención y control de la infección(51)

La acreditación y certificación de JointCommission Internacional (JCI) es el proceso probado de que la organización necesita para ayudar a garantizar un entorno seguro para sus clientes, el personal y las visitas. Este proceso voluntario muestra el compromiso de las organizaciones para mejorar de forma permanente la seguridad del paciente.(51)

Entre los beneficios de la acreditación y certificación de JCI podemos destacar:

Que se trata de un modelo específico para el sector sanitario, socio-sanitario y social, al estar basado en la realidad de estos sectores y adapta los estándares a las características de las distintas tipologías de servicios. Los evaluadores son siempre profesionales con amplia experiencia en el sector a evaluar y específicamente formados para poder ofrecer a los centros sugerencias de mejora. El Comité de Acreditación está formado por representantes de las organizaciones profesionales médicas, de enfermería, de gestión y de la administración sanitaria, así como representantes de la propia JCI. Se logra así una gran identificación de los profesionales con este sistema y, por lo tanto, una amplia participación.(51)

Desarrolla un enfoque asistencial que tiene al paciente como eje central y requiere una atención interdisciplinaria basada en sus necesidades y expectativas. Evalúa la calidad de la atención del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial, desde su llegada a la organización hasta el momento del alta(51).

Los estándares destacan especialmente los contenidos centrados en la seguridad del paciente y la reducción de riesgos en los procesos clínicos y asistenciales.(51)

Introduce un modelo de gestión dinámico y participativo basado en las mejores prácticas de los centros sanitarios. Orienta todas las fases de la gestión hacia la eficiencia y las mejores prácticas, desde la claridad de las responsabilidades de los líderes hasta los procesos críticos de la gestión de la organización o de la planificación estratégica.(51)

El proceso de preparación para la acreditación constituye un excelente horizonte para el desarrollo de la institución. La propia acreditación también ofrece un diagnóstico de la totalidad del centro que permite desarrollar un plan de calidad global. Representa, por lo tanto, un proyecto común de mejora para directivos y profesionales que es catalizador de cambios internos.(51)

La acreditación de la JointCommission International demuestra públicamente que el centro cumple los requisitos de calidad de la institución de mayor competencia técnica del sector. Esta acreditación supone un reconocimiento de prestigio indiscutible a nivel internacional.(51)

2.1.5. Programas de acreditación internacionales de la calidad de los servicios de salud

En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata de programas de acreditación internacionales de la calidad de los servicios de salud, conforme a la tabla 13

En el año 2010 Irene, Barrios Osuna; Rosalba afirma(52), Roque González afirman; En la educación de posgrado la acreditación es el proceso de certificación de la calidad de los programas e instituciones de esta dirección de trabajo de la educación superior y tiene entre sus procedimientos la realización de una autoevaluación institucional, así como una evaluación externa efectuada por determinados expertos.

La autoevaluación en el posgrado es definida como "el proceso a través del cual un programa es sometido al criterio valorativo de los directivos de la institución que lo ofrece y de los propios ejecutores" Este proceso está concebido como una parte de la evaluación de la calidad alcanzada por esta forma de enseñanza y cuando se realiza con miras a la acreditación, debe ajustarse a criterios y estándares establecidos por el organismo regulador de la organización docente.(52)

En la etapa organizativa del proceso de autoevaluación se deben elaborar o seleccionar los documentos básicos para la realización del proceso en esta documentación es frecuente la utilización de guías diseñadas para estos fines que permitan medir el grado con que un programa de posgrado responde a las variables e indicadores que establece el patrón de calidad concebido en un contexto educacional concreto. (52)

El Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso fue acreditado en el año 2006 como Centro de estudios de posgrado atendiendo a su trayectoria en la educación posgraduada de especialistas nacionales y extranjeros, referida a todos los procedimientos y tecnologías de avanzadas que se encuentran a su disposición. La necesidad de evaluar la calidad académica de las formas de superación profesional en este centro motivó la proyección de una investigación para el diseño de una Guía de autoevaluación que permita diagnosticar la calidad alcanzada por estos programas de posgrado y la elaboración de acciones para su mejora continua.(52)

El Sistema de variables de calidad establecido para la Guía de autoevaluación para Programas de Posgrado de Superación Profesional del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso incluye las variables recomendadas por el órgano asesor de la educación del posgrado en Cuba El estudio comparado de los diferentes sistemas de variables analizados posibilita establecer los criterios compartidos en esta área del diseño metodológico de la acreditación en Iberoamérica.(52)

Así como también en el año 2011 Cuba Venerveo, María de las Mercedes mencionan(53) que; En salud el concepto de calidad se define, como el grado en que los servicios brindados al paciente incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y reducen la probabilidad de efectos no deseados, y es determinada por componentes como accesibilidad, adecuación, continuidad, eficacia, efectividad, eficiencia, perspectivas del paciente, inocuidad y oportunidad de la asistencia.

La Acreditación de Establecimientos Asistenciales es un procedimiento de evaluación voluntaria, periódica y reservada, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados.(53)

El abordaje más sistemático para el análisis de la calidad de la asistencia, se debe a Donabedian (1965), quien basa su evaluación en el análisis de 3 enfoques: la estructura, el proceso y los resultados. Sus opiniones y propuestas son tomadas en la actualidad como referencia por la mayoría de los investigadores que tratan estos temas.(53)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) promovieron la elaboración de un Manual de Acreditación para Hospitales, adecuado a la realidad latinoamericana. El documento preliminar fue elaborado en Argentina, a partir del trabajo conjunto de sociedades científicas, coordinadas por la Auditoria Médica. Fue aprobado con el título de Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.(53)

En los programas de acreditación es común el uso de indicadores, los cuales permiten evaluar la calidad de la asistencia con la consiguiente propuesta de acciones de mejora. Estos indicadores deben basarse en la evidencia científica rigurosa, sin embargo, se necesita del uso de otros métodos de desarrollo, como las técnicas de consenso, las cuales combinan la opinión de especialistas y la evidencia disponible.(53)

La mayoría de los indicadores de calidad asistencial, se han desarrollado en los hospitales, referidos fundamentalmente a los servicios clínicos o de medicina propiamente, sobre los

que en la actualidad se tiene una vasta referencia; en menor medida, se conoce de proyectos que han utilizado estas técnicas para el desarrollo de indicadores de calidad de los SFH. Pueden encontrarse estudios de aplicación de indicadores de procesos y resultados diseñados para el monitoreo, mejoramiento de la calidad o formando parte de un sistema de acreditación hospitalario(53)

Es necesario implementar una estrategia para obtener reportes estandarizados del funcionamiento de los programas de calidad diseñados ya que constituyen una herramienta básica para la mejora continua de los diferentes procedimientos y actividades que conforman la mejora continua de la calidad, este método deberían alcanzar todas las institución, trabajando unidos por una meta común, satisfaciendo las necesidades de los pacientes, el personal y la comunidad.(53)

Por otra parte en el año 2010 Anna Gabriela Ross, 1 José Luis Zeballos(54) dicen; Los programas en América Latina y el Caribe han mostrado hasta ahora cinco tendencias regionales. La primera consiste en el desarrollo de procesos, con lo cual se pretende llevar a cabo una acción continuada y establecer estrategias integradas, en lugar de promover medidas y acciones aisladas y esporádicas.

La segunda tendencia es el desarrollo de una acción integrada que haga uso combinado y simultáneo de varias de las herramientas de calidad, como se observa claramente en los procesos de mejoramiento continuo. Estos procesos forman parte de los estándares exigidos por Estados Unidos y Canadá. Como tercera tendencia se observa una mayor orientación hacia los usuarios, tanto en los procesos como en los resultados, con la población y otros actores asumiendo una mayor participación en todo el proceso de gestión de la calidad. (54).

En cuarto lugar, se percibe la tendencia a adoptar una visión sistémica en la cual los hospitales dejan de ser el centro del sistema de salud. El pasado énfasis en los establecimientos se transforma ahora en un interés por el conjunto de la red de servicios.

Como quinta y última tendencia se observa la creciente búsqueda de indicadores de desempeño.

Para cuantificar el desempeño y demostrarlo, es preciso contar con sistemas de información adecuados y con indicadores y estándares apropiados. Señalan las autoridades nacionales que cualquier programa de control de la calidad deberá incluir medidas preventivas y de protección del medio ambiente, las cuales hasta ahora han sido sumamente escasas. Se reconoce, además, que ninguna estrategia es suficiente por sí sola o intrínsecamente superior a otra. De ahí que cada país deba formular la combinación mejor adaptada a sus necesidades.(54)

Además de las tendencias ya mencionadas, los países encaminan sus esfuerzos hacia algunos otros aspectos críticos de los procesos de mejoramiento de la calidad: (54)

1. La defensa del papel de las autoridades de salud como garantes de la calidad de la atención dentro de los procesos de reforma sectorial. (54)
2. La defensa del papel del usuario y de la población como participantes activos en los programas de calidad.(54)
3. La calidad técnica como resultado de las mejoras en la efectividad y utilidad de las prestaciones de salud.(54)
4. La evaluación permanente de los servicios y tecnologías.(54)
5. La elaboración y revisión de los estándares de calidad por consenso.(54)
6. La relación entre la calidad y las formas de pago a los prestadores y los incentivos al desempeño profesional.(54)

7. La medida en que se complementan los esfuerzos de los subsistemas público y privado en pro de la calidad.(54)
8. La importancia de los sistemas de información para fomentar la calidad (54) y
9. El efecto de las investigaciones sobre la calidad de los servicios de salud. Es muy probable que un esfuerzo sostenido en estas áreas permita a los países mejorar la eficiencia y efectividad de sus servicios de salud.(54)

Este tipo de programa debe orientarse a mejorar todas las actividades de los servicios directamente dirigidas hacia la compra y el mantenimiento de equipos, medicamentos, instalaciones en sí. El mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, junto con la búsqueda de equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social en la provisión de estos servicios.(54).

2.2. Marco conceptual

2.2.1 Glosario de términos

➤ Calidad.

Conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente

➤ Calidad de la atención sanitaria.

La calidad de la atención sanitaria se refiere a la seguridad del usuario, asegurándose que el paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados, de esta manera lograr una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta

todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, con la finalidad de obtener un mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

➤ **Gestión de la calidad.**

Se refiere al conjunto de caminos mediante los cuales se consigue la calidad, incorporándole al proceso de gestión, también sería un modo en que la dirección planifica el futuro, implanta los programas y controla los resultados de la función calidad con vistas a su mejora permanente.

➤ **Calidad técnica.**

Busca la efectividad, seguridad y utilidad de las acciones, también la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios. Mediante la aplicación de la ciencia y tecnología médicas se busca los máximos beneficios para la salud, sin incrementar los riesgos. La calidad técnica busca el equilibrio entre los riesgos y los beneficios.

➤ **Eficiencia.**

La noción de eficiencia tiene su origen en el término latino *efficientia* y refiere a la habilidad de contar con algo o alguien para obtener un resultado. El concepto también suele ser equiparado con el de fortaleza o el de acción.

➤ **Eficacia.**

Del latín *eficacia*, la eficacia es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.

➤ **Indicador.**

Son variable con características de calidad, cantidad y tiempo, utilizadas para medir, directa o indirectamente, los cambios en una situación y apreciar el progreso alcanzado en abordarla. Provee también una base para desarrollar planes adecuados para su mejoría, los indicadores son a veces estandarizados por autoridades nacionales o internacionales.

➤ **Indicador positivo.**

Basado en un suceso considerado deseable. Por ejemplo, el volumen de revascularizaciones coronarias por año en un hospital o servicio es un indicador que puede considerarse positivo ya que se espera que cifras altas de este volumen se asocien a una buena calidad de la atención.

➤ **Indicador negativo.**

Basado en un suceso considerado no deseable, según el estado del conocimiento científico. Las tasas de mortalidad por complicaciones o por procedimientos terapéuticos son generalmente indicadores negativos.

➤ **Índice ocupacional.**

Es la medida promedio de la ocupación de la cama. El cálculo se obtiene de dividir: (días-paciente)/ (días-cama). Ambas partes del cociente se refieren a cierto período.

➤ **Índice de rotación.**

Es el número promedio de personas que pasan por una cama durante un período dado. Se calcula como el número de egresos dividido entre el promedio de camas disponibles, durante un período.

2.3 Marco legal

2.3.1 Derechos del buen vivir

2.3.1.1 Sección séptima

2.3.1.2 Salud

Artículo 32.

“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.(55)

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.(55)

2.3.2 Capítulo tercero

2.3.2.1 Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Artículo 35

Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.(55)

2.3.3 Sección primera

2.3.3.1 Adultas y adultos mayores

Artículo 36

Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (55)

Artículo 37

El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: (55)

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. (55)

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones. (55)
3. La jubilación universal. (55)
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. (55)
5. Exenciones en el régimen tributario. (55)
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley. (55)
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento. (55)

Artículo 38

El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de: (55)

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente. (55)

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones. (55)
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. (55)
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones. (55)
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales. (55)
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias. (55)
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario. (55)
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. (55)
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. (55)

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección. (55)

2.3.4 Sección segunda

2.3.4.1 Jóvenes

Artículo 39.

El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. (55)

El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento. (55)

2.3.5 Sección cuarta

2.3.5.1 Mujeres embarazadas

Artículo 43

El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: (55)

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.(55)

2. La gratuidad de los servicios de salud materna. (55)
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. (55)
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (55)

2.3.6 Sección quinta

2.3.6.1 Niñas, niños y adolescentes

Artículo 44

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. (55)

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales. (55)

Artículo 45

Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. (55)

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos cultura les propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. (55)

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas. (55)

Artículo 46

El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: (55)

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos. (55)
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se

respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral. (55)

3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad. (55)
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones. (55)
5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.(55)
6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.(55)
7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos. (55)
8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad. (55)
9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas. (55)

2.3.7 Sección sexta

2.3.7.1 Personas con discapacidad

Artículo 47

El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. (55)

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: (55)

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. (55)
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas. (55)
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. (55)
4. Exenciones en el régimen tributario. (55)
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas. (55)

6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue.(55)
7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo. (55)
8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos. (55)
9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual. (55)
10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas. (55)
11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille.(55)

2.3.8 Sección séptima

2.3.8.1 Personas con enfermedades catastróficas

Artículo 50

El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. (55)

2.3.9 Sección octava

2.3.9.1 Personas privadas de libertad

Artículo 51

Se reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos: (55)

1. No ser sometidas a aislamiento como sanción disciplinaria. (55)
2. La comunicación y visita de sus familiares y profesionales del derecho.(55)
3. Declarar ante una autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de la libertad. (55)
4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad. (55)
5. La atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas. (55)
6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.(55)

7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.(55).

2.3.10 Sección novena

2.3.10.1 Personas usuarias y consumidoras

Artículo 52

Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características. (55)

La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor. (55)

Artículo 53

Las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deberán incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y reparación”.(55)

2.4 Marco ético

La ética cumple muchos roles en el desempeño de la función pública, que van desde la función de supervivencia, hasta la de servir de fundamento para establecer los criterios de actuación y de liderazgo de los servidores públicos.(56)

La ética dispone a todas las personas hacia el habitar bien, esto quiere decir que hace que nazca la preocupación por el bienestar de los otros y por el cuidado del entorno natural, como condiciones para la vida buena. En el caso específico de los servidores públicos, esta preocupación se refiere a la protección del interés colectivo, que es, sin la menor duda, el papel primordial que debe cumplir la función pública. Al proteger los intereses de la colectividad, automáticamente se está trabajando por su seguridad y supervivencia. (56)

La ética trata de una comisión interdisciplinaria consultiva bajo confidencialidad, al servicio de usuarios y profesionales de la salud para analizar y asesorar en los conflictos éticos asistenciales al objeto de mejorar la calidad real y percibida por el usuario. Su misión radica en buscar puntos de encuentro en la relación médico-paciente- sociedad y otros agentes sanitarios para que puedan ser asumidos por todos mediante la compaginación de hechos y valores.(57)

El CEAS recomienda decisiones basadas en el consenso ético, protege los derechos de pacientes y profesionales y asesora en casos conflictivos. Revisa y valida los documentos de consentimientos informados, redacta directrices bioéticas institucionales y promueve la formación bioética intra y extra hospitalaria.(57)

En esta investigación se respetarán los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud así como los Principios de la Bioética y la declaración de Helsinki que dice; la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. (58)

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

La investigación es observacional, descriptiva, sustentada en la revisión bibliográfica de fuentes secundarias.

3.2 Diseño de la Investigación:

La investigación se realizó en dos fases:

- a) En cuanto a la primera fase: revisión bibliográfica de fuentes secundarias en bases de datos electrónicas: LILACS, MEDLINE, IBECs, PUBMED, EBSCO, COCRAlNE, utilizando los descriptores: calidad de la asistencia, indicadores, gestión.
- b) En la segunda fase: analizar la información secundaria utilizando el instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud de Bobenrieth Astete M.A, profesor de metodología de investigación y escritura científica, coordinador de la Unidad Técnica de Publicaciones, Escuela Andaluza de Salud Pública. Con la finalidad de validar la información científica. (59)

3.3 Procedimiento

Se realizara la investigación bibliográfica de fuentes secundarias en bases de datos electrónicas: LILACS, MEDLINE, IBECs, PUBMED, EBSCO, COCRAlNE, entre otras utilizando los descriptores: calidad de la asistencia, indicadores, gestión, se analiza la información secundaria utilizando el instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud de Bobenrieth Astete M.A, profesor de metodología de investigación y

escritura científica, coordinador de la Unidad Técnica de Publicaciones, Escuela Andaluza de Salud Pública. Con la finalidad de validar la información científica (59)

3.4 Métodos e instrumentos

3.4.1 Métodos

Teórico el cual consiste en revisión bibliográfica, análisis de contenido, histórico lógico, análisis y síntesis, inducción deducción.

3.4.2 Instrumentos

- a) Base de datos electrónica
- b) Instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud (59)
- c) Computadora de escritorio
- d) Laptops
- e) Internet
- f) Impresora

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resumen del análisis del trabajo

La investigación realizada consta de dos fases: la primera de revisión bibliográfica en las páginas vía Online como son: EBSCO, LILACS, SCIELO entre otras, para lo cual se utilizaron descriptores de calidad, gestión, modelos de gestión, indicadores, obteniendo diversos autores, y la segunda fase consta de la aplicación del instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud de Bobenrieth Astete M.A, profesor de metodología de investigación y escritura científica, coordinador de la Unidad Técnica de Publicaciones, Escuela Andaluza de Salud Pública. (59)

A continuación se detalla la tabla de distribución de las bibliografías potenciales de las diferentes categorías temáticas.

4.2 Primera fase: Resultado de la revisión bibliográfica

4.2.1 “MARCO GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL”

Tabla 1

Autores	Año	Base de datos	Título
Washington(7)	2009	Scielo/Rev/Panamericana Salud Pública	La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe
Román, Msc Carlos Agustín León(8)	2008	EBSCO/Rev Cubana Enfermería	La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado
Ibarra Mendoza, Ximena(9)	2009	EBSCO/Qualitative aspects in the managing activities of nursing care.	Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros.

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad (11)	2008	LILACS/Fuente académica premier	Evolución de la asistencia al paciente en España
Pérez, Juan José; García Javier; Tejedor Martín (13)	2012	Artículo Revista	Gestión clínica: conceptos y metodología de la implementación
Torres, Antonio; Fernández, Elvira; Paneque, Pilar; Carretero, Rafael; Garijo, Ángel(15)	2004	IBECS/Revista Calidad Asistencial	Gestión de la calidad asistencial en Andalucía / Healthcarequalitymanagement in Andalusia
Carvalho, Regina R. P; Fortes, Paulo A. C; Garrafa, Volnei(10)	2014	EBSCO/ Business Source Complete	Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud
Moreira, Pedro Sá; Selles, Joaquín Urís; Faria, Paula Lobato.(12)	2010	EBSCO/ Computers & Applied Sciences Complete	Gestión de la Calidad en Salud:
Antonio Enríquez Palomino y José Manuel Sánchez Rivero(14)	2014	EBSCO/FuenteAcadémica Premier	Gestión Práctica de Riesgos Laborales

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 09 artículos que se trata de la gestión de la calidad asistencial, los cuales son investigados en las siguientes bases de datos; uno en SCIELO, cinco en EBSCO, uno en LILACS, uno en IBECS y un artículo de revista; para los cuales dichos autores coinciden en que la gestión de la calidad asistencial es una agrupación de características de un bien o servicio, y que busca la satisfacción de las necesidades, del paciente, familia y comunidad, suministrando una atención asistencial adecuada y de la forma más eficiente posible, en donde se logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud, enfocándose a mejorar la calidad y que esta se vuelva un elemento esencial de los servicios de salud en los diversos ámbitos. (7)

4.2.2 “FUNDAMENTACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

Tabla 2

Autores	Año	Base de datos	Título
Dra. Yoerquis Mejías Sánchez, Dra. Niviola Cabrera Cruz, I Lic. María Mercedes Rodríguez Acosta, Dra. Ana Margarita Toledo Fernández, Dra. María Victoria Norabuena Canal(16)	2013	EBSCO/. Revista Cubana de Salud Pública	Bases legales de la calidad en los servicios de salud.
Delgado Gallego, María Eugenia(17)	2007	EBSCO/AcademicSearch Complete	Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia
Elías Dib, Jorge(18)	2009	EBSCO/AcademicSearch Complete	Guías de práctica clínica. Una propuesta para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud
Reyes-Morales, Hortensia; Flores-Hernández, Sergio; Saucedo-Valenzuela, Alma Lucila; de Jesús Vértiz-Ramírez, José; Juárez-Ramírez, Clara; Wirtz, Veronika J.; Pérez-Cuevas, Ricardo(19)	2013	EBSCO/Business Source Complete	Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México.
Rodríguez Cornejo, MJ(20)	2009	LILACS/AcademicSearch Complete	Fundamentos de calidad
Zurita Garza, Beatriz(21)	2010	IBEC/ Bases conceptuales de la calidad total	Calidad de la atención de la salud

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 06 artículos que se trata de la fundamentación de la calidad de los servicios de salud, los cuales son investigados en las siguientes bases de datos; un artículo en LILACS, uno en IBECs, y cuatro artículos en EBSCO; en los cuales los autores dicen que: en el sector de la salud, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre los individuos y población. La calidad de los servicios de salud se fundamenta en la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad, el desarrollo y calidad de los servicios de salud es esencial para asegurar la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud y el bienestar de la población y su satisfacción. (16)

4.2.3 “CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD”

Tabla 3

Autores	Año	Base de datos	Título
Rojas, Y. L. Rodríguez(22)	2011	EBSCO/Fuente Académica Premier	Aporte de los sistemas de gestión de calidad a la seguridad del paciente: panorama internacional.
WartonUniversity of Pennsylvania.(23)	2009	LILACS/ Académica Premier	La calidad de la salud en el mundo
Grupo Alianza(24)	2008	Consultores de calidad	Sistemas de calidad en el contexto de la globalización
Sociedad Española de Calidad Asistencial(25)	2012	Calidad asistencial	Indicadores de calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata del contexto internacional de la gestión de la calidad, los cuales son investigados en las siguientes bases de datos; un artículo en LILACS, uno en IBECS, y los dos artículos en revistas científicas, en donde todos los autores concuerdan con el criterio, que la gestión de calidad es un tema de gran interés a nivel mundial y todos se enfocan en la mejora de la calidad asistencial, mediante el uso de varias estrategias como indicadores de calidad, entre otros el en el área de salud, también mencionan que es un deber brindar una atención de la mayor calidad posible en la que el paciente que busca un tratamiento de cualquier índole, tenga la garantía de un procedimiento correcto y seguro en aras del resultado deseado, teniendo en cuenta la satisfacción del cliente. (22)

4.2.4 “CONCEPTOS GENERALES; EFICACIA”

Tabla 4

Autor	Año	Base de Datos	Título
Asociación Española para la Calidad(26)	2014	LILACS/ Académica Premier	Eficacia. Asociación Española para la Calidad
Varo, Jaime(27)	2012	IBECS/ Rev. Aso. Española	Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios
Pérez, Juan José; García Javier; Tejedor Martín(13)	2012	Artículo revista	Gestión clínica: conceptos y metodología de la implementación

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de conceptos generales; eficacia, los cuales son investigados en las siguientes bases de datos; un artículo en LILACS, uno en IBECS, y otro en un artículo de revista científica; en los cuales, dos autores tienen el mismo criterio acerca del concepto de eficacia que dicen que(26) la eficacia se define como el " Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados y que es un concepto fundamental en los sistemas de gestión, pero otro autor proporciona una visión más amplia del papel de la eficacia, dentro de la gestión de calidad asistencial, refiriéndose a este término, como un indicador de la capacidad sanitaria, con la que determinados servicios, evalúan sus procesos y actividades, frente al grado de satisfacción del usuario, como principal efecto.(27)

4.2.5 “EFICIENCIA”

Tabla 5

Autor	Año	Base de Datos	Título
Jiménez Paneque, Rosa.(28)	2014	RevistaBiomédica	Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios
Varo, Jaime(27)	2012	IBECS/ Rev. Aso. Española	Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios
Pérez, Juan José; García Javier; Tejedor Martín(13)	2012	Revista calidad asistencial	Gestión clínica: conceptos y metodología de la implementación

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de conceptos generales; eficiencia, los cuales son investigados en las siguientes bases de datos; un artículo en IBECS, y dos en artículos de revista científica; en los cuales, los autores tienen el mismo concepto acerca del concepto de eficacia que manifiestan: que la eficiencia es el segundo concepto, más importante y de mayor relevancia, en el estudio de la calidad asistencial considerando que la eficiencia está estrechamente relacionada con el desempeño de un sistema de salud, y que este desempeño debe evaluarse sobre el cumplimiento de objetivos propuestos al menor coste posible con los recursos disponibles o minimizando el empleo de los mismos. (28)

4.2.6 “COSTO-BENEFICIOS”

Tabla 6

Autor	Año	Base de Datos	Título
Urrutia Mardones, José Miguel; Espinoza González; Cruz Mena, Edgardo.(29)	2006	Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile	Urgencia: calidad y costo – eficacia
Lisboa Basualto, Carmen(30)	2006	Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile	Investigación en costo – efectividad
Arroyave Loaiza, Gilma.(31)	2014	Facultad de medicina. Universidad Autónoma de México	Costo – beneficio

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 03 artículos que se trata de conceptos generales; costo-beneficios, los cuales son investigados en artículos científica; en los cuales, los autores tienen el mismo concepto acerca del concepto los cuales mencionan que el objetivo principal de realizar un correcto análisis del costo – beneficio, es brindar la mejor atención posible a los usuarios, mediante una relación exacta de los recursos y los costos que intervienen en el tratamiento de determinadas enfermedades, incluyendo la etapa de diagnóstico, para así diseñar protocolos que faciliten la optimización de los recursos con un mayor nivel de efectividad y satisfacción, para desarrollar un modelo de calidad asistencia de éxito, evitando así que se incurra en gastos innecesarios y el manejo de los recursos. (29)

4.2.7 “INDICADORES DE CALIDAD”

Tabla 7

Autor	Año	Base de Datos	Título
Jiménez, Panenque Rosa(28)	2014	Revista Biomédica	Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios
Ministerio de la Protección social(33)	2011	Libro/Biblioteca Nacional	Conjunto de indicadores en el área de la salud
Sociedad Española de Calidad Asistencial(25)	2012	Calidad Asistencial	Indicadores de calidad para Hospitales del Sistema Nacional de Salud
Patricia C. Huerta-Riveros, Iván R. Paúl-Espinozay Carolina E. Leyton-Pavez(32)	2012	IBECS/	Patricia C. Huerta-Riveros, Iván R. Paúl-Espinozay Carolina E. Leyton-Pavez(32)

Elaborado por: las autoras

Análisis: En esta categoría se incluyen 04 artículos que se trata de los indicadores de calidad, los cuales tres de ellos son investigados en artículos científicos, y uno en la base de datos IBECS; en los cuales, los autores tienen el mismo concepto, en los cuales mencionan que un indicador es una variable que pretende reflejar cierta situación y medir el grado o nivel con que ésta se manifiesta, de manera que resulte útil para evaluar cambios en el tiempo y hacer comparaciones en el espacio, también los indicadores de gestión permiten un uso más eficiente de los recursos asignados a los Servicios de Salud y proporcionan señales para monitorear la gestión de un servicio, lo que permite asegurar que las actividades vayan en el sentido correcto, evaluar los resultados de una gestión frente a sus objetivos, metas y responsabilidades que, por ende, direccionan las estrategias en el ámbito financiero, asistencial y de recurso humano que se implementan posteriormente, no es necesario tener bajo control continuo muchos indicadores, sino sólo los más importantes, es decir, los claves. (28)

4.2.8 “CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA Y CALIDAD PERCIBIDA”

Tabla 8

Autores	Año	Base de datos	Título
José Joaquín; Lorenzo, Susana; Rodríguez Marín, Jesús; Buil, José Antonio(35)	2010	MEDLINE/ Análisis de conceptos	Gestión de calidad
Aranaz Andrés, Jesús Manuel(36)	2014	LILACS/ Propuesta general para servicios de salud	Calidad
(37)	2013	EBSCO/ Dimensión esencial de la calidad asistencial	Seguridad del Paciente

Elaborado por: las autoras

Análisis: El estudio científico de la investigación abarca el desarrollo de 3 artículos, para su análisis se recopiló la información de 5 a 9 autores por tema. Por tanto se trata de una investigación veraz lógica coordinada y actual. Contiene 3 fuentes bibliográficas consultadas, MEDLINE, LILACS, EBSCO que fueron analizadas en la base de datos las mismas concuerdan que la Calidad Científico-Técnica: es una competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente, tal y como es juzgada o percibida por el propio paciente y su familia. (35)

4.2.9“ASPECTOS BIOÉTICOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN”

Tabla 9

Autores	Año	Base de datos	Título
Octaviano, Domínguez Márquez, Carolina Manrique Nava(38)	2011	EBSCO/De AcademicOneFile.	Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública.
(39)	2010	EBSCO/DeAcademicOneFile.	Aspectos bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de la atención en salud
Domínguez Márquez, Octaviano; Manrique Nava, Carolina(38)	2011	EBSCO/MEDICAL care Quality control MEDICAL/decision making	Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública

Elaborado por: las autoras

Análisis: En la revisión bibliográfica de esta categoría respecto a los Aspectos Bioéticos de la Calidad de Atención, donde se estudió de 5 a 9 autores por tema y se identificó 3 artículos científicos, aclarando su revisión bibliográfica actual y científica, analizando también la importancia del estudio dentro de la formación de los profesionales en el área de salud, por tanto se realizó esta investigación en la base de datos de EBSCO, donde los temas mencionan que la calidad sanitaria es una preocupación universal, las instituciones responsables y las educativas, formadoras de recursos humanos, comparten los propósitos de conseguir una mejora continua. Entre los reclamos más frecuentes de la población se encuentra la llamada "deshumanización", es decir, cuando se otorga atención con un alejamiento que daña la dignidad de los individuos. (38)

4.2.10 “MODELO EUROPEO”

Tabla 10

Autores	Año	Base de datos	Título
Oteo Ochoa, L; Pérez Torrijos, G; Silva Sánchez, D.(41)	2011	IBECS ID: ibc-15906	Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia
Oteo Ochoa, L. A; Silva Sánchez, D; Garrido Casas, J; Pereira Candel, J(42).	2012	IBECS ID: ibc-5969	Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos
Eugenio Hidalgo, Díez; Beatriz, García Lupión; Rafael, López Fuentes; Daniel, González González; Eva, Olmedo Moreno.(43)	2013	SciELO Argentina Idioma: Espanhol	Análisis del cuestionario de diagnóstico del modelo de gestión de la calidad EFQM (EuropeanFoundationQuality Management), por el profesorado de un centro de educación primaria

Elaborado por: las autoras

Análisis: El estudio científico de esta categoría respecto al Modelo Europeo con estudios científicos de 5 a 9 autores por tema donde se investigó 3 artículos de la revisión bibliográfica realizada cumple con los requisitos de actualidad en función de la información expuesta y su relevancia en la comprensión del problema de investigación planteado, donde la revisión bibliográfica fue adquirida en la base de datos de IBECS y SCIELO propone la mejora empresarial clave bajo el enfoque de la calidad total. Con la finalidad de conocer el estado actual de innovación en hospitales y avanzar en los procesos de cambio organizativo que promuevan la excelencia en los resultados y guíen las mejoras en los servicios de salud, fomentando desde una visión global una cultura de innovación, tanto en el sistema organizativo como en los procesos directivos y gestores. (41)

4.2.11“MODELO CANADIENSE”

Tabla 11

Autores	Año	Base de datos	Título
Mendoza P, Sara; Jofré A, Viviane; Valenzuela S, Sandra (44)	2006	LILACS/Investi. Educ. enferm	La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa / Decision-making in health and the Ottawa decision-supportframework
Valencia Zapata, Juan Esteban (45)	2005	LILACS/CES med	Sistema de salud canadiense / Canada'sHealthSystem
Campos, Cecilia; Urrutia, Mila; Lange, Lita; Campos, Solange; Campos, M. Silvia (47)	2006	LILACS/Ciencia y enfermería	Trabajo académico en red en torno a la toma de decisiones en salud / Academicnetworkrelatedtohealthdecisionmaking
Cabo Salvador, Javier (46)	2012	IBECS/Revista Calidad Asistencial	Sistema Sanitario y Reforma Sanitaria en Canadá

Elaborado por: las autoras

Análisis: Para el análisis de la revisión bibliográfica del Modelo Canadiense para la Gestión de la Calidad Asistencial, se investigaron 4 autores, de los cuales 3 son de la base de datos LILACS y 1 de IBECS. La antigüedad de la información está entre los años 2006 y 2012. Por tanto se puede afirmar que la información es vigente y actual, a su vez es importante mencionar que la información recolectada corresponde a fuentes de información primaria, al tratarse de investigaciones comparativas de campo, sobre experiencias que se han generado en el marco del Modelo Canadiense, para que sirvan como directrices de los países que deseen implementar es sus actividades este referente de gestión de la calidad asistencial. (44)

4.2.12 “MODELOS USA”

Tabla 12

Autores	Año	Base de datos	Título
Belzunegui, T; Busca, P; López-Andújar, L; Tejedor, M(51)	2010	SCIELO/Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Calidad y acreditación de los servicios de urgencia
Decker, Phillip J; Strader, Marlene K(50)	2009	EBSCO/Business Source Complete	Beyond JCAHO: Using competency models to change healthcare
Bonato, Vera Lucía(49)	2013	LILACS/ID: lil-344450	Programas de qualidade em hospitais do Município de São Paulo / Programs of Quality in Hospitals of the City of Sao Paulo
Sguassabia, Janyce Cassiolato Marti.(48)	2011	LILACS/ID: lil-441001	Implantação da aferição da dor como quinto sinal vital em unidade de internamento clínico do Hospital Erasto Gaertner / Implantation of pain as fifth vital sign in unit of clinical internment Hospital Erasto Gaertner

Elaborado por: las autoras

Análisis: Para comprender el contexto del Modelo USA, e identificar los conceptos implícitos en su desarrollo, se indago en 4 fuentes bibliográficas, encontradas a través de descriptores (DECS), en los motores de búsqueda científicos LILACS, EBSCO y SCIELO. La información corresponde a los años 2009 a 2013. Esta información es vivencial y comparativa, además de ser actual y con contenido científico de fácil comprensión. Incluye datos sobre los hallazgos encontrados en diferentes servicios del área de salud donde se aplicó este Modelo para ejercer las tareas de control y evaluación hacia la calidad total y la eminente satisfacción de los usuarios. (51)

4.2.13 “PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN INTERNACIONALES DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

Tabla 13

Autores	Año	Base de datos	Título
Irene, Barrios Osuna; Rosalba, Roque González.(52)	2010	SciELO/ Cuba Idioma: Espanhol	Variables de calidad para una Guía de autoevaluación de programas de posgrado en ciencias médicas
Cuba Venerveo, María de las Mercedes(53)	2011	CUMED ID: cum-48767	Diseño y evaluación de un sistema de acreditación para los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios en Cuba
Anna Gabriela, Ross; José Luis, Zeballos; Alberto, Infante.(54)	2010	SciELO/ Saúde Pública Idioma: Espanhol	La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe

Elaborado por: las autoras

Análisis: Toda la información presentada en este análisis de 3 artículos científicos que contiene de 5 a 9 autores por tema, corresponde a los Programas de Acreditación Internacionales de la Calidad de los Servicios de Salud presentando contenidos difundidos dentro de los 5 años anteriores la cual identifica información actual que permita conocer a nivel mundial la situación actual acerca de los programas que existen para la mejora de la calidad, es decir que esta categoría los autores coinciden que en los programas de acreditación es común el uso de indicadores, los cuales permiten evaluar la calidad de la asistencia con la consiguiente propuesta de acciones de mejora. Estos indicadores deben basarse en la evidencia científica rigurosa como resultado de las mejoras en la efectividad y utilidad de las prestaciones de salud, la elaboración y revisión de los estándares de calidad por consenso. (52) (53)

4.3 Segunda fase: Utilización del instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud

Se aplicó el instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud de Bobenrieth Astete M.A, profesor de metodología de investigación y escritura científica, coordinador de la Unidad Técnica de Publicaciones, Escuela Andaluza de Salud Pública. Con la finalidad de validar la información científica y pautas para evaluar la bibliografía, el cual consiste en dos fases: la primera en revisión bibliográfica y la segunda en pautas para evaluar la bibliografía. (59)

4.3.1 Revisión bibliográfica

4.3.1.1 La revisión identifica lo que se sabe actualmente – en función de lo público sobre el problema de investigación

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	100%
DUDOSO	0	0%
NO	0	0%
Total	13	100%

Tabla 14

Elaborado por: Las autoras

Análisis: Respecto a la revisión bibliográfica realizada en el marco de la investigación científica sobre la calidad asistencial en los servicios de salud, el 100% de las fuentes consultadas cumple con los requisitos de actualidad en función de la información expuesta y su relevancia en la comprensión del problema de investigación planteado. (59)

4.3.1.2 La revisión es relevante para el problema del estudio

Tabla 15

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	81%
DUDOSO	3	19%
NO	0	0%
Total	16	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: Las fuentes consultadas en la presente investigación científica en un 81% contienen información de suma relevancia para la comprensión y resolución del problema propuesto. Únicamente el 19% de las fuentes revisadas presenta información dudosa que no tiene un aporte científico sólido y que puede generar confusión al momento de establecer las conclusiones y recomendaciones respecto a la gestión de la calidad asistencia en los servicios de salud a nivel mundial. (59)

4.3.1.3 La revisión refleja información sobre antecedentes del problema necesaria para apoyar la justificación del estudio

Tabla 16

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	92%
DUDOSO	1	8%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El 92% de las fuentes consultadas en el desarrollo de la revisión bibliográfica, inmersa en este trabajo de investigación contiene antecedentes, estudios comparativos y ensayos desde la inclusión del término gestión de la calidad asistencial hasta llegar a los conceptos más actuales que abarcan sub aspectos indispensables para que la gestión de calidad asistencia aplicada en cualquier servicio en el área de salud alcance los mejores resultados. (59)

4.3.1.4 Las referencias citas en el texto están bien documentadas y son actuales

Tabla 17

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	92%
DUDOSO	1	8%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: En la revisión bibliográfica respecto a la Gestión de la Calidad Asistencial, contiene en un 92% información histórica, experimental y científica de varios países donde el tema es una política de estado, que sirvió para justificar la importancia del estudio dentro de la formación de los profesionales en el área de salud, donde la principal motivación es la de brindar un servicio de calidad a los usuarios (pacientes). (59)

4.3.1.5 La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara

Tabla 18

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	92%
DUDOSO	1	8%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: En la revisión bibliográfica realizada se encontraron varios estudios comparativos realizados en diferentes países, sobre la manera en la que desarrollan e implementan estrategias para mejorar la calidad asistencial que brindan a los usuarios en el área de los servicios sanitarios y de salud. Estos datos cumplen en un 92% con la condición de aportar claridad y veracidad a la investigación. (59)

4.3.1.6 La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema

Tabla 19

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	100%
DUDOSO	0	0%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El 100% de las fuentes consultadas contiene experiencias, teorías y opiniones acerca de la evolución del concepto de la Gestión de la Calidad Asistencial a nivel mundial, esto permitió identificar las diversas etapas que la información debió cumplir hasta convertirse en una tendencia a nivel mundial, sobre todo en el área de salud y servicios sanitarios. Estos datos proporcionan a la investigación actualidad y realidad. (59)

4.3.1.7 La revisión identifica desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema

Tabla 20

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
DUDOSO	0	0%
NO	13	100%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: La revisión bibliográfica de la Calidad de la Gestión Asistencial, es confiable no presenta vacíos de información, al existir contenido científico comparativo de varios países, sobre la forma adecuada de evaluar y controlar que exista un adecuado nivel de atención hacia los usuarios, con la finalidad de generar un alto nivel de satisfacción entre los pacientes que acuden a los servicios de salud. (59)

4.3.1.8 La organización de la revisión lógica según categorías y fecha de publicación

Tabla 21

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	100%
DUDOSO	0	0%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: La revisión científica realizada en el marco de la presente investigación, presenta en un 100% información ordenada por temas y subtemas, respetando un orden cronológico estricto que permita identificar con claridad cuál ha sido el proceso de evolución de los conceptos inmersos en el estudio de la Calidad de la Gestión Asistencial a nivel mundial.
(59)

4.3.1.9 La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinar y en ningún caso arbitrario

Tabla 22

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	100%
DUDOSO	0	0%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El resultado de la revisión bibliográfica realizada para analizar y sintetizar el contenido científico del tema Gestión de la Calidad Asistencial, contiene información y criterios imparciales de diferentes autores en un 100% para evitar confusiones con la inclusión de criterios o posturas personales. (59)

4.3.2 Pautas para evaluar la bibliografía

4.3.2.1 Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de referencias)

Tabla 23

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	100%
DUDOSO	0	0%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: Las referencias bibliográficas presentadas en la presente investigación, en un 100% son las adecuadas y fueron extraídas de páginas científicas como EBSCO, Scielo, LILACS, IBECs previo la búsqueda de los descriptores correspondientes en el motor de búsqueda DECS. (59)

4.3.2.2 Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años)

Tabla 24

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	92%
DUDOSO	1	8%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: Toda la información presentada en la presente investigación, corresponde en un 92% a contenidos impresos y difundidos dentro de los 5 años anteriores a la realización de este trabajo, con el propósito de presentar información actual que permita conocer e identificar la situación actual del contexto descrito en la formulación del problema. (59)

4.3.2.3 El número de referencias es adecuado (más/menos30)

Tabla 25

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	69%
DUDOSO	4	31%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El marco científico de la presente investigación abarca el desarrollo de 13 temas y subtemas, para su análisis se recopiló la información de 5 a 9 autores por tema. Por tanto el documento en su redacción general contiene 66 fuentes bibliográficas consultadas, que corresponde a un número adecuado para que la investigación se considere veraz, coordinada, lógica y actual. (59)

4.3.2.4 El tipo de referencias es adecuado (más del 50% de publicaciones de tipo primario)

Tabla 26

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	77%
DUDOSO	3	23%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: De las fuentes consultadas en un 77%, las fuentes bibliográficas corresponden a investigaciones de campo realizadas en varios países, en el ámbito de la calidad de la gestión ambiental en sus respectivos sistemas sanitarios y de salud. Además se citan varios estudios comparativos entre diferentes modelos de gestión de la calidad para contar con datos reales, comprobados e históricos. (59)

4.3.2.5 La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de la publicación, editorial, año, en caso de libros: autor, título, nombre de revista, volumen y páginas en caso de artículos de revista)

Tabla 27

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	69%
DUDOSO	4	31%
NO	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Las autoras

Análisis: El uso de tablas para distribución de las fuentes bibliográficas y la aplicación de normas Vancouver en el desarrollo de la investigación, garantiza que cada una de las fuentes consultadas presente los datos completos como autor, título, lugar de la publicación, editorial, año independientemente del tipo de documento. (59)

4.4 Discusión de resultados

Una vez concluida la revisión bibliográfica sobre los distintos temas que comprenden la investigación sobre la Gestión de la Calidad Asistencial se evidenciaron los siguientes hallazgos respecto a la veracidad de la información consultada y si cumple con los requisitos necesarios para que sea considerada como un contenido válido, actual, imparcial y científico. (59)

Dentro de este contexto el 81% de las fuentes consultadas contienen información de suma relevancia para la comprensión y resolución del problema propuesto. Únicamente el 19% de las fuentes revisadas presentó información dudosa que no contiene un aporte científico sólido para la información y que puede generar confusión al momento de establecer las conclusiones y recomendaciones respecto a la gestión de la calidad asistencia en los servicios de salud a nivel mundial. (59)

En el análisis de la información bibliográfica respecto a la Gestión de la Calidad Asistencial, se concluye que el 92% de las fuentes consultadas contienen información histórica, experimental y científica de varios países donde el tema es una política de estado, que sirvió para justificar la importancia del estudio dentro de la formación de los profesionales en el área de salud, donde la principal motivación es la de brindar un servicio de calidad a los usuarios (pacientes) (59)

A su vez el 100% de las fuentes consultadas contiene experiencias, teorías y opiniones acerca de la evolución del concepto de la Gestión de la Calidad Asistencial a nivel mundial. Al existir contenido científico comparativo de varios países, sobre la forma adecuada de evaluar y controlar que exista un adecuado nivel de atención hacia los usuarios, con la finalidad de generar un alto nivel de satisfacción entre los pacientes que acuden a los servicios de salud. (59)

Para la recolección de la referencias se realizó la búsqueda directamente en bases de datos científicas como EBSCO, Scielo, LILACS, IBECs entre otras, previo la búsqueda de los descriptores correspondientes en el motor de búsqueda DECS. Toda la información presentada en la presente investigación, corresponde en un 92% a contenidos impresos y difundidos dentro de los 5 años anteriores a la realización de este trabajo, con el propósito de presentar información actual que permita conocer e identificar la situación actual del contexto descrito en la formulación del problema (59)

El marco científico de la presente investigación abarca el desarrollo de 13 temas y subtemas, para su análisis se recopiló la información de 5 a 9 autores por tema. Por tanto el documento en su redacción general contiene 66 fuentes bibliográficas consultadas, que corresponde a un número adecuado para que la investigación se considere veraz, coordinada, lógica y actual. (59)

Como resultado de la investigación y análisis de los hallazgos fue posible definir cuál es el contexto internacional actual, donde la gestión de la calidad destina al mejoramiento continuo de la atención a los usuarios, partir de los principios fundamentales de la eficacia, eficiencia y la importancia de un adecuado control y evaluación de la relación entre costos-beneficios e indicadores científico-técnicos para identificar y definir los aspectos bioéticos de la calidad de la atención.

En la actualidad los modelos de gestión de la calidad asistencial vigentes a nivel nacional e internacional son el Modelo Canadiense, USA y europeo. Dentro de los cuales se encuentra el modelo más acertado para obtener la acreditación internacional de los servicios de salud, en cualquier país, es el modelo es el Canadiense, contexto que se está aplicando actualmente en el Ecuador para la evaluación de todos los servicios del área médica y sanitaria. (45)

4.5 Conclusiones

- Se concluye que la gestión de calidad asistencial de los servicios de salud es una herramienta que está siendo utilizada a nivel mundial, a pesar de no evitar la ocurrencia de errores profesionales, es una oportunidad para las instituciones de salud, enfocadas a la mejora la calidad del centro de contacto, atención y cuidado al paciente, en lo que se refiere al Servicio de Enfermería.
- A nivel mundial existen varios modelos de gestión aplicados específicamente al área de salud y administración de servicios hospitalarios-sanitarios, de calidad. Entre los más reconocidos están el modelo Canadiense, Americano y Europeo, mismo que han alcanzado notoriedad, por la acogida que han recibido por varios países para ser aplicado, en sus propios sistemas de salud.
- El Ecuador ya cuenta con un documento propio sobre la importancia de desarrollar programas, enfocados a mejorar la calidad asistencial, elevando el nivel de satisfacción del usuario, población en general.
- La calidad asistencial es un término, en el cual convergen, todos los elementos inmersos en el área de salud, sin desestimar la influencia de las nuevas tecnologías que ejercen sobre el proceso de atención hospitalaria, considerando que el paciente, ya no es más un ente pasivo, ante la cantidad de información que tiene acceso.
- Una vez finalizada la investigación se puede demostrar que cumple con la evidencia científica adecuada para construir el marco referencial mencionando, y que existe información suficiente acerca del tema de calidad asistencial, objeto de la investigación, lo que facilitó identificar el origen, precursores, primeras publicaciones y ensayos a nivel mundial, que han permitido que la calidad asistencial sea un referente de atención para todos los servicios de salud.

4.6 Recomendaciones

- A la Facultad Ciencias de la Salud realice jornadas de capacitación, sobre el manejo de la biblioteca virtual y catálogo bibliográfico, que mantiene la Universidad Técnica del Norte, para sus respectivas investigaciones
- A los Docentes que realicen la práctica regular de trabajos, enfocados a la revisión bibliográfica, para que los estudiantes desarrollen capacidades indispensables para despertar una conducta investigativa.
- A las autoridades de la facultad que se socialice el contenido de la investigación, con todos los estudiantes y personal docente de la Facultad Ciencias de la Salud para que toda la comunidad educativa, estén formadas sobre los documentos con los que cuenta la carrera de Enfermería y que podrían servir para futuras investigaciones.
- Se utilice como insumo en el proyecto de investigación “Análisis y evaluación de gestión de la calidad de los servicios de salud, y por entender que la Enfermería es una categoría profesional que se preocupa de la calidad, estando siempre dispuesta a aprender, mejorar e implementar un proceso de calidad.
- Finalmente recomendamos integrar el presente trabajo de investigación a REDCASE como insumo de los trabajos de investigación emprendidos por el proyecto de calidad.

CAPITULO V

5. PROPUESTA

5.1 Plan de intervención: entrega de la investigación a la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería, REDCASE.

5.1.1 Introducción

Esta propuesta tiene como objetivo ser una herramienta que pueda utilizarse como insumo en los trabajos de investigación de calidad, tomando en cuenta que la calidad asistencial es una agrupación de características de un bien o servicio, y que busca la satisfacción de las necesidades, del paciente, familia y comunidad, suministrando una atención asistencial adecuada y de la forma más eficiente posible, en donde se logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios de aquellos servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud.(7).

En tal sentido esta propuesta brindará herramientas necesarias, oportunas y eficaces que llevan incluso hacer un insumo necesario en la REDCASE de la carrera de enfermería.

5.1.2 Plan de intervención

Se realizará la entrega de la investigación a la Facultad Ciencias de la Salud, REDCASE en la Carrera de Enfermería.

5.1.3 Datos generales

Universidad Técnica del Norte, Carrera de enfermería de la provincia de Imbabura siendo los beneficiarios las Autoridades, Docentes y Estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud.

5.1.4 Antecedentes

Esta intervención tiene por objetivo implantar la revisión bibliográfica donde consta el marco teórico como un aporte en el macro proyecto de Análisis y Evaluación de la Calidad de los servicios de Salud en la provincia de Imbabura ya que en la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte, se han realizado diferentes procesos, que han permitido el análisis de la situación de la carrera en las dimensiones curriculares y en el marco de las funciones sustantivas universitarias: gestión, vinculación, investigación y docencia. Cabe mencionar, que los esfuerzos que se han realizado con anterioridad y los actuales, ratifica, la estrecha vinculación de factores internos y externos que han influido, en determinado momento en el estado actual y prospectivo de la carrera. Para ello es necesario recalcar que la Carrera de Enfermería viene participando en varios procesos para el mejoramiento de su calidad, destacándose, los siguientes: Mandato 14, Autoevaluación Institucional Evaluación Externa-CONEA, Autoevaluación Institucional CINDA-CHILE, Evaluación y Autoevaluación Institucional CEAACES, en el que la Universidad Técnica del Norte fue acreditada y actualmente se encuentra en procesos de autoevaluación de carreras con el fin de obtener la acreditación por parte del CEAACES.(60)

5.1.5 Justificación

Para la construcción del marco referencial como producto de la investigación, es necesario considerar las particularidades y características del lugar donde este se va a implementar, para que su contenido se adapte a la realidad del lugar y contribuya a alcanzar el objetivo propuesto por las instituciones donde se va a aplicar.

Se realizó la investigación bibliográfica de fuentes secundarias en bases de datos electrónicas: LILACS, MEDLINE, IBECs, PUBMED, EBSCO, COCRANE, entre otras utilizando los descriptores: calidad de la asistencia, indicadores, gestión, se analiza la información secundaria utilizando el instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud. Con la finalidad de validar la información científica (59)

La calidad en Enfermería, es un proceso que determina el cuidado de la salud, que brinda de una manera racional, oportuna, equitativa, económica, que minimice los riesgos al usuario, al equipo de salud, a la institución y comunidad, que maximice el beneficio generado por la actividad integrada del equipo de enfermería y del equipo de salud.(8)

5.1.6 Objetivos

5.1.6.1 Objetivo general

- Entregar la investigación a la Facultad Ciencias de la Salud, en la Escuela de Enfermería, a REDCASE, para que sea un instrumento de apoyo en los diferentes procesos de gestión, vinculación, investigación y docencia.

5.1.6.2 Objetivos específicos

- Establecer sistemas de información que apoyen la toma de decisiones tanto a nivel de la población, autoridades, docentes y estudiantes.
- Fortalecer sistemas de calidad a nivel de la facultad apoyándose en este instrumento de investigación para que las autoridades tengan una base de sustentación bibliográfica en los procesos de calidad e implementación de la misma.

5.2 Matriz del plan de intervención

Tabla 28.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	CONTENIDO	RESULTADOS LOGRADOS	PARTICIPANTES			OBSERVACIONES
				Aut.	Docen	Est.	
Establecer sistemas de información que apoyen la toma de decisiones tanto a nivel de la población autoridades, docentes y estudiantes.	Entrega de la investigación a las autoridades de la facultad ciencias de la salud. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Decana ✓ Sub Decana ✓ Docentes ✓ Estudiantes 	Marco general de la gestión de la calidad asistencial de la calidad de los servicios de salud Fundamentación de la calidad de los servicios de salud	Autoridades, docentes y estudiante reciben la investigación para utilizar como insumo en los diferentes procesos de calidad	3	69		Comunidad universitaria manifiestan que anteriormente no han realizado macro proyectos de análisis y evaluación de la calidad de los servicios de salud.

		Contexto Internacional de la Gestión de la Calidad					
		Marco General de la Gestión de la Calidad					
Fortalecer sistemas de calidad a nivel de la facultad apoyándose en este instrumento de investigación para que Las autoridades tengan una base de sustentación bibliográfica en los procesos de calidad e implementación de la misma		Autoridades utilizan resultados de investigación en el proceso REDCASE	3	69	584	Los estudiantes manifiestan que no habido socializaciones de los trabajos de investigación elaborados por los estudiantes.	

Bibliografía

1. Sociedad de Calidad Asistencial. Manual de Calidad Asistencial. Primera ed. (SESCAM) , editor. Castilla - La Mancha: Servicio de Salud de Castilla - La Mancha ; 2009.
2. FLACSO. Biblioteca FLACSO. [Online].; 2006 [cited 2014 02 10. Available from: <https://www.flacso.org.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=13596>.
3. Ministerio de Salud. Salud.gob.ec. [Online].; 2014 [cited 2014 02 10. Available from: <http://www.salud.gob.ec/en-coordinacion-zonal-de-salud-1-se-invirtio-133-millones-en-2013/>.
4. Rodríguez Pérez P. ARBOR. [Online].; 2014 [cited 2015 02 25. Available from: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Farbor.revistas.csic.es%2Findex.php%2Farbor%2Farticulo%2Fdownload%2F932%2F939&ei=rHXwVLb_E4ebNtPugYgO&usg=AFQjCNEPr0xgmwxDxnZ0BIPtdj3JeppaA.
5. Suñol R. Coordinadora profunds. [Online].; 2013 [cited 2015 03 05. Available from: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.
6. Aranaz Andrés JM. Uninet. [Online].; 2012 [cited 2015 05 03. Available from: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>.
7. Washington. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Scielo/Revista Panamericana de la Salud Pública. 2009 Julio-Agosto; 8(1-2).
8. Román MCAL. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. EBSCO/Rev Cubana Enfermer. 2008 Mar; 22(3).
9. Ibarra Mendoza X. EBSCO. [Online].; 2009 [cited 2015 02 24. Available from: [ASPECTOS CUALITATIVOS EN LA ACTIVIDAD GESTORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS](#).
10. Carvalho RRP, Fortes PAC, Garrafa V. EBSCO/Business Source Complete. [Online].; 2014 [cited 2015 02 23. Available from:

- <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=793f9c1c-26e0-4ad6-adc0-cc92358b0ba0%40sessionmgr4002&vid=10&hid=4109>.
11. MSSSI. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Online].; 2008 [cited 2015 02 04. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>.
 12. Moreira PS, Selles JU, Faria PL. EBSCO/ Computers & Applied Sciences Complete. [Online].; 2010 [cited 2015 02 23. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae876b62-6927-41c1-b587-0134fee79cfd%40sessionmgr110&vid=7&hid=125>.
 13. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Revista de Calidad Asistencial. 2012 Julio; 17(5).
 14. Manuel AEPyJ. EBSCO/Fuente Académica Premier. [Online].; 2014 [cited 2015 02 23. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=ae876b62-6927-41c1-b587-0134fee79cfd%40sessionmgr110&hid=125>.
 15. Torres A, Elvira F, Paneque P, Carretero R, Garijo Á. IBECS/Revista Calidad Asistencial. [Online].; 2014 [cited 2015 02 20. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=es&from=141&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=8&q=++%28tw%3A%28gestion+de++calidad+asistencial%29%29&index=tw>.
 16. Dra. Yoerquis Mejías Sánchez DNCCLMMRADAMTF. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2013; 39(796-803).
 17. Delgado Gallego ME. EBSCO/Academic Search Complete. [Online].; 2007 [cited 2015 02 23. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results?sid=ae876b62-6927-41c1-b587-0134fee79cfd%40sessionmgr110&vid=11&hid=125&bquery=fundamentaci%C3%B3n+%22de%22+%22la%22+calidad+%22de%22+los+servicios+%22de%22+salud&bd>

[ata=JmRiPWE5aCZkYj1lZ3MmZGI9YnRoJmRiPWlpaCZkYj1md.](#)

18. Elias Dib J. EBSCO/ Academic Search Complete. [Online].; 2009 [cited 2015 02 23. Available from: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=43973340&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqLI4xNvgOLCmr02ep7ZSr6q4SbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprlCxrK5NuePfgeyx44Dt6fIA>.
19. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, de Jesús Vértiz-Ramírez J, Juárez-Ramírez C, Wirtz VJ, et al. EBSCO/ Business Source Complete. [Online].; 2013 [cited 2015 02 23. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&sid=ae876b62-6927-41c1-b587-0134fee79cfd%40sessionmgr110&hid=125>.
20. Rodríguez Cornejo M. LILACS/ Academic Search Complete. [Online].; 2009 [cited 2015 02 23.
21. Zurita Garza B. IBECS/ Bases conceptuales de la calidad total. [Online].; 2010 [cited 2015 01 15.
22. Rojas YLR. Aporte de los sistemas de gestión de calidad a la seguridad del paciente: panorama internacional. Revista Umbral Científico. 2011 junio;(29-38).
23. Pensylvania WUo. LILACS/Académica Premier. [Online].; 2009 [cited 2014 02 19.
24. Empresarial GA. Consultores de calidad. [Online].; 2008 [cited 2014 02 09. Available from: https://www.consultoresencalidad.com/pagina_sistemas-de-calidad-en-el-contexto-de-la-globalizacion/.
25. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Calidad asistencial. [Online]. Barcelona; 2012 [cited 2014 02 16. Available from: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>.
26. Calidad AEplc. LILACS/ Académica Premier. [Online].; 2014 [cited 2015 02 14. Available from: <http://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/eficacia>.
27. Varo J. IBECS/ Rev. Aso. Española. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. 2012;(40).

28. Jiménez Paneque R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Biomédica. 2014 Jan; 30(1).
29. Urrutia Mardones JM, González E, Cruz Mena E. Escuela de Medicina Universidad Católica de Chile. [Online].; 2006 [cited 2014 12 30. Available from: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/calidad/calidad_09.html.
30. Lisboa Basualto C. Investigación en costo - efectividad. Boletín de la Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile. 2006 Mar; 24(3).
31. Arroyave Loaiza G. Facultad de medicina. Universidad Autónoma de México. [Online].; 2014 [cited 2015 02 13. Available from: <http://www.facmed.unam.mx/emc/computo/infomedic/presentac/modulos/modulo3/decisiones/clase5/#>.
32. Patricia C. Huerta-Riveros IRPEyCELP. Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. 2012.
33. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de la Calidad de la Atención en Salud Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011.
34. Asistencial SEdC. Indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. [Online]. Barcelona; 2012 [cited 2014 02 16.
35. Joaquín J, Lorenzo S, Rodríguez Marín J, Buil JA. MEDLINE/. [Online].; 2010 [cited 2015 02 10.
36. Aranaz Andrés JM. Hospital General Yagüe. [Online].; 2014 [cited 2015 02 10. Available from: <http://bio.hgy.es/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>.
37. salud Adcdsnd. Secretaria General de Sanidad. [Online].; 2013 [cited 2014 02 9. Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/contenidos/unidad2.1.html#>.
38. Octaviano Domínguez Márquez CMN. EBSCO/Academic one file. [Online].; 2001 [cited 2015 02 10.
39. Márquez VMJRJaOD. EBSCO/Academic one file. [Online].; 2010 [cited 2015 02 20.
40. Santos L. EBSCO/Academic Search Complete. Revista de Derecho Público. 2014

Junio;(34-35).

41. Oteo Ochoa LA, Pérez Torrijos G, Silva Sánchez D. | IBECS | ID: ibc-15906. [Online].; 2011 [cited 2015 01 15].
42. Oteo Ochoa LA, Silva Sánchez D, Garrido Casas J, Pereira Candel J. IBECS | ID: ibc-5969. [Online].; 2012 [cited 2015 02 10].
43. Eugenio Hidalgo D, Beatriz GL, Rafael LF, Daniel GG, Eva OM. SciELO Argentina | Idioma: Espanhol. [Online].; 2013 [cited 2015 02 15].
44. Mendoza P S, Jofré A V, Valenzuela S S. LILACS/Invest. edu. enferm. [Online].; 2006 [cited 2014 02 25. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2926/2563>.
45. Valencia Zapara JE. Sistema de salud canadiense. Ciencia y enfermería. 2005 Jun; 11(1).
46. Cabo Salvador J. Sistema sanitatio y reforma sanitaria en Canadá. Revista Calidad Asistencial. 2012 Jun; 1(5).
47. Campos C, Urrutia M, Lange L, Campos S, Campos MS. Trabajo académico en red en torno a la toma de decisiones en salud. Ciencia y enfermería. 2005 Jun; 11(1).
48. Sguassabia JCM. LILACS. [Online].; 2011 [cited 2015 02 01].
49. Bonato VL. LILACS. [Online].; 2013 [cited 2015 02 1.
50. Decker PJ, Strader MK. Beyond JCAHO: Using competenc models to chance healthcare. Business Source Complete. 2009 Aug; 1(5).
51. Belzunegui T, Busca P, López-Andujar L, Tejedor M. Calidad y acreditación de los sericios de irgencia. Anales del Sistema Snitario de Navarra. 2010 May; 32(1).
52. Irene BO, Rosalba RG. Variables de calidad para una Guía de autoevaluación de programas de posgrado en ciencias médicas. SciELO Cuba | Idioma: Espanhol. 2010 Sep; 3(300-306).
53. Cuba Venerveo MdIM, Sedeño Argilagos C, Pérez Villavicencio LR, Sánchez Barrios A, Toledo Jiménez E, Pérez Romero M. Diseño y evaluación de un sistema de acreditación para los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios en Cuba. Artículo en

Español | CUMED | ID: cum-48767. 2011 julio-sept; 3(45).

54. Anna Gabriela Ross 1JLZyAI. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. SciELO/Revista Panamericana de Salud Pública. 2010 Jul./Aug.; 8(1-2).
55. 2008 CdIRdE. PDF. [Online].; 2008 [cited 2015 12 10. Available from: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/constitucion.pdf.
56. América UdpdlEUd. Modelo de Gestión Ética para entidades del Estado. [Online].; Bogotá, Abril 2006 [cited 2015 febrero 10. Available from: <http://mecicalidad.dafp.gov.co/documentacion/Componente%20Ambiente%20de%20Control/ModelodeGestionEtica.pdf>.
57. Carlos HUS. Comité de ética para la Asistencia Sanitaria. [Online].; 1996 [cited 2015 02 10. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142621050860&language=es&pagename=HospitalClinicoSanCarlos%2FPages%2FHCLN_contenidoFinal.
58. HELSINKI. DECLARACION DE HELSINKI DE. [Online].; 2008 [cited 2015 Febrero 09. Available from: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf.
59. Bobenrieth Astete M.A pdmdiyeccdlUTdPEAdSP. Instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud..
60. UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE. Documento Estado Actual y Prospectiva. 2013..
61. S.L EE. Elsevier. Calidad Asistencial. 2014 Noviembre-Diciembre; 29(06).
62. Trinidad Dierssen Sotos. Universidad de Cantabria. [Online].; 2009 [cited 2015 01 30. Available from: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/medicina-preventiva-y-salud-publica/materiales-de-clase-1/TEMA39_GESTION_CALIDAD.pdf.
63. Bisognano M, Batalden P. fundamentos para el mejoramiento de la atención de la salud. Segunda ed. Byrne K, editor. Illinois: Permissions; 2012.

64. Mira JJ, Lorenz S, Rodríguez Marín J, Buil JA. Papeles del psicólogo. [Online].; 1999 [cited 2015 01 21. Available from: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=807#>.
65. SCielos. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Online].; 2000. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700012&script=sci_arttext.
66. Grupo Alianza Empresarial. Consultores de calidad. [Online].; 2008 [cited 2014 02 09. Available from: https://www.consultoresencalidad.com/pagina_sistemas-de-calidad-en-el-contexto-de-la-globalizacion/.
67. Joaquín J, Lorenzo S, Rodríguez Marín J, Buil JA. MEDLINE/. [Online].; 2010.

ANEXOS

Instrumento de lectura crítica de los artículos originales en salud de Bobenrieth Astete

M.A. Profesor de metodología de investigación y escritura científica, coordinador de la Unidad Técnica de Publicaciones, Escuela Andaluza de Salud Pública. Con la finalidad de validar la información científica

Anexo 1: Revisión bibliográfica

	SI	DUDOSO	NO
1.- La revisión identifica lo que se sabe actualmente –en función de lo público- sobre el problema de investigación.			
2.- La revisión es relevante para el problema del estudio.			
3.-La revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio.			
4.-Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales.			
5.-La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara.			
6.-La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema.			
7.-La revisión identifica desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema.			
8.-La organización de la revisión lógica según categorías y fecha de publicación.			
9.-La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación su lugar es determinar y –en ningún caso- arbitrario.			

Anexo 2: Pautas para evaluar la bibliografía

	SI	DUDOSO	NO
1.-Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de las referencias)			
2.-Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años).			
3.-El número de referencias es adecuado (más /menos 30)			
4.-El tipo de referencias es adecuado (más del 50% de publicaciones de tipo primario).			
5.-La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de la publicación, editorial y año, en caso de libro: autor, título, nombre de revista, volumen y páginas en caso de artículo de revista.			

**GENERAL FRAMEWORK FOR MANAGEMENT, SECONDARY RESEARCH
(LITERATURE REVIEW, 2014-2015)**

Authors: CUASCOTA TANNYA, ESPARZA MARIANA

Director of Thesis: Lcda. Esp. Paulina Muñoz

ABSTRACT

This research considered as objective the identification of the best scientific content to build framework, focused to improve the management of healthcare quality, methodologically, it is part of a study of secondary sources, integrative review of scientific literature. By the degree of abstraction, it is applied, and by the nature of the data, it is qualitative, its design is descriptive not experimental, and by its timing is transverse. By the elaboration of this study, the theoretical method was applied, which consists of literature review, content analysis, historical logic, analysis and synthesis, induction-deduction. This research is carried out in electronic databases such as the following: EBSCO, LILACS, IBECs, PUBMED, MEDLINE, COCRANE, among others, using descriptors, such as: quality of care, evaluation, indicators, management, using newspapers or articles online in Portuguese, Spanish or English, between 2009-2015. The methodology used in the research was orientated to guide; properly to do an investigation, so the content is considered reliable and suitable for further research.

Key words:

Quality of health care, management of quality, efficiency, effectiveness, indicators, management models.



checked by Daniel
Gazco

